

Ihre Personalien:

## Einschreiben

Adresse der bisherigen Krankenversicherung:

Datum:

### Beginnverschiebung

Sehr geehrter Damen und Herren

Da wir per Ende \_\_\_\_\_ bei unserer aktuellen Versicherung nicht kündigen konnten, bitten wir Sie den Beginn auf ein Jahr später zu verschieben.

Vorname	Name	Geburtsdatum	Zu kündigende Versicherungen zutreffendes ankreuzen
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG
			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG
			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG
			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG
			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG
			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG
			<input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG
			<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung nach VVG

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller volljährigen Personen