

Absender (Ihre Adresse)

Ort, Datum

Einschreiben (Ihre bisherige Krankenkasse*)

Kündigung der Krankenversicherung OKP/VVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG und/oder die Zusatzversicherung/en nach VVG bei Ihrer Krankenkasse für folgende Personen:

Name, Vorname	Versicherten-Nr.	Versicherungsprodukt	Per Datum*
		OKP (Grundversicherung) VVG (Zusatzversicherung)	

* oder per nächstmöglichem Termin.

Bitte stellen Sie mir eine schriftliche Kündigungsbestätigung schriftlich zu. Ich danke Ihnen bestens für den bisherigen Versicherungsschutz.

Freundliche Grüsse

Ort, Datum

Unterschriften aller oben aufgeführten Personen ab 18

Wird von der SLKK ausgefüllt

Versicherungsbestätigung für die oben genannte Krankenversicherung (wird von SLKK ausgefüllt). Gemäss Art. 7 Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten Person/en in die gesetzlich vorgeschriebene Grundversicherung per _____.
Diese Bestätigung gilt, wenn die versicherte/n Person/en die Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten vollständig bezahlt hat/haben. Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer Krankenversicherung entsprechend vorzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Ansprechperson SLKK

Bitte stellen Sie die Kündigung fristgerecht und von jeder darauf erwähnten, erwachsenen Person unterschrieben, direkt und eingeschrieben Ihrer bisherigen Krankenkasse zu entweder direkt und eingeschrieben Ihrer bisherigen Krankenkasse oder uns mit dem Antrag per E-Mail an info@slkk.ch zu.