

Ihre Absenderadresse:

.....
.....
.....
.....

Ihr bisheriger Versicherer:

.....
.....
.....
.....

Sanagate AG
Postfach 3866
6002 Luzern

Kündigung der Grundversicherung

Bitte wählen Sie das gewünschte Vorgehen. Für Zusatzversicherungen ist das zweite Kündigungsformular ausgefüllt und unterschrieben zu retournieren. Diese Kündigung gilt nur für Schweizer Krankenversicherer nach KVG.

Bitte leiten Sie die Kündigung für mich weiter

Ich bin versichert bei

Krankenversicherer

Nachname	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	bisherige Policennr.

Ich bestätige hiermit, dass ich meine Grundversicherung per oder auf den nächstmöglichen Termin auflösen will.

Ort, Datum Unterschrift*

*Die Unterschrift einer volljährigen Person ist zwingend. Bei unmündigen Personen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters notwendig.

Ich bestätige hiermit, dass ich die Kündigung selber übernehme/übernommen habe

Ort, Datum Unterschrift*

*Die Unterschrift einer volljährigen Person ist zwingend. Bei unmündigen Personen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters notwendig.

Bitte schicken Sie uns dieses Formular bis spätestens 10 Tage vor Ablauf der Kündigungsfrist zu. Bitte beachten Sie, dass die Sanagate AG bei einem verspäteten Eingang die fristgerechte Kündigung bei Ihrem Vorversicherer nicht garantieren kann.

Bei Fragen oder Unklarheiten zu dieser Kündigung/Nachversichererbestätigung wenden Sie sich bitte per **E-Mail an office.de@sanagate.ch**

Wird durch Sanagate ausgefüllt

Dies gilt als Nachversichererbestätigung

Gemäss Art. 7, Abs. 5 des Krankenversicherungsgesetzes KVG bestätigen wir hiermit die Aufnahme der oben genannten Person in die obligatorische Krankenversicherung per (Datum). Wir bitten Sie, den Austritt aus Ihrer Krankenversicherung entsprechend vorzunehmen und zu bestätigen.

Ort, Datum

Der Versicherer