

Ihre Absenderadresse:

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

Ihr bisheriger Versicherer:

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

Sanagate AG
Postfach 3866
6002 Luzern

Kündigung der Zusatzversicherung

Bitte wählen Sie das gewünschte Vorgehen. Beachten Sie, dass Ihre Kündigung für die bestehenden Zusatzversicherungen nur weitergeleitet wird, wenn Sie vorbehaltlos in unsere Zusatzversicherung aufgenommen worden sind.

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 Zusatzversicherung 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 wenden Sie sich bitte per **E-Mail an office.de@sanagate.ch**