

Verschiebung des Vertragsbeginns

Versicherer: _____ Versicherungsnummer: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Darf ich Sie bitten, den Beginn der Versicherungsverträge wie folgt anzupassen:

Obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG: per: _____

Zusatzversicherung(en) gemäss VVG: per: _____

Falls die obenerwähnte(n) Versicherung(en) schon in Kraft getreten ist (sind), ist die schriftliche Stellungnahme der bisherigen Krankenversicherung beizulegen.

Ort / Datum: _____

Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters: _____