

ANTRAG AUF BEENDIGUNG DER MITGLIEDSCHAFT

EIN ANTRAG AUF BEENDIGUNG PRO VERSICHERUNGSNEHMER

Die Kündigung von Dentalia oder Medicalia eines Mitglieds gilt für alle miteingetragenen Personen
(satzungsgemäße Ausnahmen ausgenommen)

VERSICHERUNGSNEHMER

Name:																						
Vorname:																						
Straße:																Nr.				Bk.		
Postleitzahl:				Ortschaft:																		
Geburtsdatum:							Kleben Sie hierhin eine Vignette															
Externe Nummer:																						

Ich beantrage die Beendigung der Mitgliedschaft der folgenden Versicherung(en) für die nachstehende(n) Person(en)
(bitte zutreffende Felder ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Hospitalia	<input type="checkbox"/> Hospitalia Medium	<input type="checkbox"/> Hospitalia Kontinuität	<input type="checkbox"/> Dentalia Plus
<input type="checkbox"/> Hospitalia Plus	<input type="checkbox"/> Garantie schwere Krankheiten	<input type="checkbox"/> Medicalia	<input type="checkbox"/> Dentalia Up

Name und Vorname aller Versicherten	Geburtsdatum

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen tritt die Kündigung frühestens nach einmonatiger Kündigungsfrist in Kraft, beginnend am 1. Tag des Monats nach Versand des Einschreibebriefes oder nach Zustellung des vorliegenden Antrags gegen Empfangsbestätigung oder nach Zustellung durch den Gerichtsvollzieher.

Grund der Kündigung (erforderlich):

Gruppenversicherung zu teuer unzureichende Deckung anderer Grund (bitte vermerken):

Ausgestellt in am

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Abgabe des vorliegenden Antrags in einer unserer Geschäftsstellen:

Ausgestellt in zweifacher Ausführung am, wovon der Versicherungsnehmer ein Exemplar erhalten hat.	
Unterschrift des Versicherungsnehmers	Unterschrift des Mitarbeiters
	Stempel