

Absender

.....

Empfänger

.....

Beginnverschiebung Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,
 Hiermit bestätige/n ich/wir, mit einer allfällig notwendigen Beginnverschiebung meiner/unserer
 Krankenversicherung einverstanden zu sein. Dies gilt für folgende Personen.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Unterschrift

Bisheriger Beginn _____

Neuer Beginn _____

Ich bitte Sie um Kenntnisnahme und Zustellung einer Rückbestätigung unter Angabe des tatsächlichen
 Startdatums.

Freundliche Grüsse

 Ort, Datum

 Unterschrift