

Absender

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

Empfänger

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

**Beginnverschiebung der Krankenversicherung**

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

Vers. Nummer	Vor & Nachname	Geburtsdatum	Deckung

Bisheriger Beginn \_\_\_\_\_

Neuer Beginn \_\_\_\_\_

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

Freundliche Grüsse

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift