**Einschreiben**

Absender:

(Vorname Name Strasse, PLZ/Ort, Geburtsdatum und Telefon)

*(Adresse der Krankenkasse)*

**Anmeldung für die obligatorische Grundversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

hiermit melde ich mich bei Ihrer Krankenkasse für die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nach KVG an. Und zwar gültig ab *(Datum einsetzen)* und wie folgt:

Gewünschte Franchise: \_\_\_\_\_ *(300, 500, 1000, 1500, 2000, 2500 Franken)*

Unfalldeckung: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ja/nein)*Prämienzahlung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(monatlich, zweimonatlich, viertel-, halbjährlich, jährlich)*

Meine Bank- oder Postverbindung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie meiner bisherigen Krankenkasse (Police in Kopie beiliegend) mit, dass ich ab *(Datum einsetzen)* bei Ihnen versichert bin.

Ort/Datum

Mit freundlichen Grüssen

*(Unterschrift)*

Beilagen:  
– Kopie meines aktuellen Krankenkassen-Ausweises

– Kopie der Kündigung an den bisherigen Versicherer