

---

---

---

  

---

---

---

---

**Krankenkassenwechsel**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit bestätige ich,

- dass ich mindestens 18 Monat durchgehend als Mitglied krankenversichert war
- dass ich an keinem Wahltarif eingeschrieben bin

Bitte bestätigen Sie mir den Beginn meiner Mitgliedschaft.

Mit freundlichen Grüßen

---