

Versicherten Nr.
Vorname, Name
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

Einschreiben
Name der Krankenkasse
Strasse, Nr.
PLZ, Ort

Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich meine Grundversicherung per _____. Ich werde ab _____ bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein. Besten Dank für die Ausführung des Auftrages.

Bitte stellen Sie mir eine entsprechende schriftliche Bestätigung zu.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Ort, Datum, Unterschrift
