

Ihr Name und Ihre Adresse:

Einschreiben

(Adresse der bisherigen Krankenkasse)

Datum des Poststempels

Kündigung der Krankenversicherung per _____

Sehr geehrte Damen und Herren

Unter Einhaltung der vorgeschriebenen Kündigungsfrist kündige/n ich/wir die Grundversicherung (KVG) per _____ und die Zusatzversicherung (VVG) fristgerecht per _____ bei Ihrer Versicherung.

Ich/Wir bitte/n Sie, mir/uns den Austritt zu bestätigen.

Versicherte Person/en

Versichertennummer

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift
Versicherungsnehmer(in)

Unterschrift
Ehe-/Partner/in