

ABSENDER

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Einschreiben

Krankenkasse

Strasse / Postfach

PLZ, Ort

Kündigung Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige/n ich/wir folgende Versicherungen bei Ihrer Gesellschaft:

Versicherungs-Nr.	Name, Vorname	Zu kündigende Versicherung	Per (Datum)
		☐ Grundversicherung nach KVG	
		☐ Zusatzversicherung nach VVG	
		☐ Grundversicherung nach KVG	
		☐ Zusatzversicherung nach VVG	
		☐ Grundversicherung nach KVG	
		☐ Zusatzversicherung nach VVG	
		☐ Grundversicherung nach KVG	
		☐ Zusatzversicherung nach VVG	
		☐ Grundversicherung nach KVG	
		☐ Zusatzversicherung nach VVG	

Ich/Wir bitte(n) Sie um Kenntnisnahme und Zustellung der Aufhebungsbestätigung. Besten Dank.

Freundliche Grüsse

Ort und Datum

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Besten Dank für die schriftliche Bestätigung des Erhalts dieser Kündigung.