

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nummer

## EINSCHREIBEN

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenversicherung

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

### **Kündigung der obligatorischen Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenversicherung per 31. Dezember \_\_\_\_\_ .

Ich werde ab 1. Januar \_\_\_\_\_ bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

Besten Dank für die Ausführung des Auftrages. Bitte stellen Sie mir eine entsprechende schriftliche Bestätigung zu.

Freundliche Grüsse

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorname, Name