

Ort, Datum

Name der Krankenkasse
Strasse + Hausnummer
Postleitzahl + Ort

Ihr Name und Vorname
Ihre Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort

Kündigung meiner Krankenversicherung zum XX.XX.XXXX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Krankenversicherung VERTRAGSNAME fristwährend zum XX.XX.XXXX. Sollte dies nicht möglich sein so kündige ich hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Anbei finden Sie eine Versicherungsbescheinigung meiner neuen Krankenversicherung.

Bitte teilen Sie mir schriftlich den Beendigungszeitpunkt mit.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Ihr Name und Vorname