Absender (Ihre Adresse)

_____

_____

_____

_____

Ort _____ Datum _____

Einschreiben (Ihre bisherige Krankenkasse *)

_____

_____

_____

_____

Betreff: Kündigung der Krankenversicherung OKP/VVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich die obligatorische Krankenpflegeversicherung und folgende Zusatzversicherung/en nach VVG bei Ihrer Krankenkasse für folgende Personen:

Name/Vorname	Versicherten-Nr.	Versicherungsprodukt	Per Datum
_____	_____	☐ OKP (Grundversicherung) ☐ VVG: _____	_____ _____
_____	_____	☐ OKP (Grundversicherung) ☐ VVG: _____	_____ _____
_____	_____	☐ OKP (Grundversicherung) ☐ VVG: _____	_____ _____
_____	_____	☐ OKP (Grundversicherung) ☐ VVG: _____	_____ _____

Bitte stellen Sie mir eine Kündigungsbestätigung schriftlich zu. Ich danke Ihnen bestens für den bisherigen Versicherungsschutz.

Freundliche Grüsse

Ort, Datum

Unterschrift Familienvorstand _____

Unterschrift Familienmitglieder _____

_____

***Bitte stellen Sie die Kündigung fristgerecht und von jeder darauf erwähnten, erwachsenen Person unterschrieben, direkt und eingeschrieben Ihrer bisherigen Krankenkasse zu**