

[Ihr Name]
[Ihre Adresse]
[PLZ Ort]

Einschreiben

[Name der Krankenkasse]
[Adresse]
[Evtl. Postfach]
[PLZ und Ort]

[Ort, Datum]

Kündigung der freiwilligen Zusatzversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich die unten vermerkten Versicherungsdeckungen der freiwilligen Zusatzversicherung.

| Name der Zusatzversicherung | Kündigung per |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| [Ihre Zusatzversicherung] | [Ihr gewünschtes Kündigungsdatum] |
| [Ihre Zusatzversicherung] | [Ihr gewünschtes Kündigungsdatum] |
| [Ihre Zusatzversicherung] | [Ihr gewünschtes Kündigungsdatum] |

Ich bitte Sie um eine schriftliche Kündigungsbestätigung. Besten Dank.

Freundliche Grüße

[Ihr Name]