

Absender

Adresse der Krankenkasse

Kündigung der obligatorischen Krankenversicherung

Guten Tag

Hiermit kündige ich meine Grundversicherung per _____ . Ich

werde ab dem _____ bei einem anderen Krankenversicherer

versichert sein. Ich bitte Sie um eine schriftliche Kündigungsbestätigung.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Unterschrift