

Absender

Versicherten-Nr.:

Vorname + Nachname

Strasse + Hausnummer

PLZ + Ort

Adresse der Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Strasse + Hausnummer

Postfach (falls vorhanden)

PLZ + Ort

Kündigung der obligatorischen Krankenversicherung

Guten Tag

Hiermit kündige ich meine Grundversicherung per 31.12. Jahr . Ich werde ab dem 01.01. Jahr bei einem anderen Krankenversicherer versichert sein. Ich bitte Sie um eine schriftliche Kündigungsbestätigung.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Vorname + Nachname

Ort, Datum

Unterschrift