

Absender

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 **die** Grundversicherung für folgende Personen
per 31.12. Jahr .

Vorname + Nachname	Versicherten-Nummer
Person 1	Versicherten-Nummer Person 1
Person 2	Versicherten-Nummer Person 2
Person 3	Versicherten-Nummer Person 3
Person 4	Versicherten-Nummer Person 4

Wir werden 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