

Vorname Nachname  
Musterstrasse 1  
0000 Musterort

**Einschreiben**  
Krankenkasse  
Adresse  
0000 Ort

*Musterort, Datum*

**Kündigung der obligatorischen Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich die obligatorische Grundversicherung (Policenummer: 000.000.00) nach KVG bei Ihrer Krankenkasse. Ich werde ab 1. Januar 2021 bei einem anderen Krankenversicherer versichert sein. Dieser wird sich nach dem erfolgten Übertritt mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte senden Sie mir eine Bestätigung dieses Kündigungsschreibens.

Freundliche Grüsse

*Unterschrift*

Vorname Nachname