

*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 (Policennummer: 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