Ihr Vor- und Nachname
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort

Versicherungsnummer:

Ihr Versicherungsanbieter
(Kundenservice
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort

01.01.2024

Kündigung der Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Versicherung unter oben genannter Versicherungsnummer fristgerecht zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir eine schriftliche Bestätigung der Kündigung unter Angabe des Beendigungszeitpunktes zu.

Mit freundlichen Grüßen

Vor- und Nachname