

Absender

---

---

---

---

---

---

**Einschreiben**

Aktueller Versicherer

---

---

---

---


---

## Kündigung Krankenversicherung

---

Sehr geehrte Damen und Herren

 Hiermit kündige/n ich/wir folgende Versicherungen bei Ihrer Gesellschaft per: \_\_\_\_\_

| Versicherungs-Nr.   | Name, Vorname | Geburtsdatum | <input checked="" type="checkbox"/> Zu kündigende Versicherung  |
|---|---------------|--------------|---|
|  |               |              | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
|   |               |              | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
|   |               |              | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
|   |               |              | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |

Ich bitte Sie um Kenntnisnahme und Zustellung der Aufhebungsbestätigung. Kann die Kündigung per obengenanntem Datum nicht akzeptiert werden, gilt sie automatisch auf den nächstmöglichen Kündigungstermin. Besten Dank.

Freundliche Grüße

Ort und Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer(in)

X

---

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

X

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen

Unterschrift aller aufgeführten volljährigen Personen