Ihre Angaben:

Vorname, Name

Strasse, Nummer

PLZ, Wohnort

Versichertennummer

Einschreiben

Name Krankenversicherung

Strasse, Nummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

**Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich meine obligatorische Grundversicherung per 31. Dezember 2016. Ab dem 1. Januar 2017 werde ich bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

Bitte stellen Sie mir eine entsprechende schriftliche Bestätigung zu.

Besten Dank und freundliche Grüsse

Vorname, Name Unterschrift

* Vergessen Sie nicht zu unterschreiben.