Bitte geben Sie den Namen Ihres derzeitigen Versicherers an

 Bitte geben Sie die erste Adresszeile Ihres derzeitigen Versicherers an

 Bitte geben Sie die zweite Adresszeile Ihres derzeitigen Versicherers an

 Bitte geben Sie die dritte Adresszeile Ihres derzeitigen Versicherers an

Donnerstag, 7. September 2017 12:14:10

**Kündigungsschreiben**

Sehr geehrter Krankenversicherer,

mit diesem Schreiben informiere ich Sie über meine Entscheidung, meinen Grundversicherungsschutz (KVG/LaMal), den ich derzeit von Ihnen erhalte, zu kündigen.

Im Folgenden finden Sie die Einzelheiten meiner aktuellen Police, die ich gerne ab dem folgenden Datum kündigen möchte:  Datum angeben

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungsnummer: |  Geben Sie Ihre aktuelle Versicherungsnummer an:   |
| Vorname: |  Geben Sie bitte Ihren Vornahmen an  |
| Nachname: |  Geben Sie bitte Ihren Nachnamen an  |
| Geburtsdatum: |  Geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum an  |
| Art der zu kündigenden Versicherung: | [ ]  Grundversicherung (KVG/LaMal) |
| Bemerkungen: |  Geben Sie bitte eine Bemerkung an oder lassen Sie dieses Feld frei  |
| Unterschrift der versicherten Person (oder des rechtlichen Vertreters der versicherten Person)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Bitte senden Sie eine Bestätigung an die unten angegebene Adresse.
Sollten Sie zusätzliche Informationen benötigen, um die Kündigung zu bearbeiten, können Sie mich gerne unter der unten angegebenen Telefonnummer anrufen.

**Adresse:**

 Bitte geben Sie Ihren vollständigen Namen an

 Bitte geben Sie die erste Zeile Ihrer Adresse ein

 Bitte geben Sie die zweite Zeile Ihrer Adresse ein

 Bitte geben Sie die dritte Zeile Ihrer Adresse ein

***Telefonnummer:*** *Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer an*

Vielen Dank für den Versicherungsschutz, den Sie mir bisher bereitstellt haben.

Mit freundlichen Grüßen

 Bitte geben Sie Ihren vollständigen Namen an