

Ort, Datum

Name der Krankenkasse  
Strasse + Hausnummer  
Postleitzahl + Ort

Ihr Name und Vorname  
Ihre Straße und Hausnummer  
Postleitzahl und Ort

**Kündigung meiner Krankenversicherung zum XX.XX.XXXX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Krankenversicherung VERTRAGSNAME fristwährend zum XX.XX.XXXX. Sollte dies nicht möglich sein so kündige ich hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Anbei finden Sie eine Versicherungsbescheinigung meiner neuen Krankenversicherung.

Bitte teilen Sie mir schriftlich den Beendigungszeitpunkt mit.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Ihr Name und Vorname