

Musterstadt, den XX.XX.20XX

Name der Krankenversicherung
Strasse + Nr.
Plz. + Ort

Maria Mustermann
Mustergasse 2
32100 Musterstadt

Kündigung der Krankenhauszusatzversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die VERTRAGSNAME Krankenhauszusatzversicherung fristgemäß zum XX.XX.20XX.

(
Oder: Wegen der Prämienerrhöhung / den Leistungsanpassungen, zum XX.XX.20XX, kündige ich VERTRAGSNAME Krankenhauszusatzversicherung zum Änderungstermin.

Oder: Da ich zum XX.XX.20XX in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert bin kündige ich, die VERTRAGSNAME Krankenhauszusatzversicherung, hiermit außerordentlich zum diesem Termin. Als Nachweis finden Sie eine Versicherungsbestätigung meiner neuen Versicherung anbei.

Oder: In Folge meiner Auswanderung am XX.XX.20XX kündige ich die VERTRAGSNAME Krankenhauszusatzversicherung außerordentlich zum nächstmöglichen Termin. Als Nachweis finden Sie eine Kopie meiner Abmeldung beim Einwohnermeldeamt.
)

Meine Versicherungsnummer lautet: KV1234567.

Hilfsweise kündige ich die Versicherung zum nächstmöglichen Termin.

(*Optional:* Ferner fordere ich Sie auf alle über mich gespeicherten personenbezogenen Daten, gemäß DSGVO, vollständig zu löschen und mich schriftlich über die erfolgte Löschung zu unterrichten.)

Bitte bestätigen Sie mir diese Kündigung schriftlich mit Angabe des Beendigungstermins.

Mit freundlichen Grüßen

M.Mustermann
Maria Mustermann