

Absender (Ihre Adresse)

Ort, Datum

Einschreiben (Ihre bisherige Krankenkasse*)

Betreff: Kündigung der Krankenversicherung OKP/VVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG und/oder die Zusatzversicherung/en nach VVG bei Ihrer Krankenkasse für folgende Personen:

Name/Vorname	Versicherten-Nr.	Versicherungsprodukt	Per Datum
		<input type="checkbox"/> OKP (Grundversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> VVG (Zusatzversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> OKP (Grundversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> VVG (Zusatzversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> OKP (Grundversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> VVG (Zusatzversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> OKP (Grundversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> VVG (Zusatzversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> OKP (Grundversicherung)	_____
		<input type="checkbox"/> VVG (Zusatzversicherung)	_____

Bitte stellen Sie mir eine Kündigungsbestätigung schriftlich zu. Ich danke Ihnen bestens für den bisherigen Versicherungsschutz.

Freundliche Grüsse

Ort und Datum

Unterschrift Familienvorstand

Unterschriften Familienmitglieder ab Alter 18

*Bitte stellen Sie die Kündigung fristgerecht und von jeder darauf erwähnten, erwachsenen Person unterschrieben, direkt und eingeschrieben Ihrer bisherigen Krankenkasse zu.