

---

---

---

---

**EINSCHREIBEN**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

**Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)**

<b>Police Nr.</b>	<b>Name / Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bitten Sie, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) der oben erwähnten Person(en) den geltenden gesetzlichen Bestimmungen entsprechend per \_\_\_\_\_ zu kündigen.

Die Bestätigung(en) des neuen Versicherers wird/werden Ihnen fristgerecht zugestellt.

Wir bitten Sie, den Erhalt der Kündigung(en) zu bestätigen.

Freundliche Grüsse

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)\*

*\*Unterschrift jeder betroffenen volljährigen Person oder des gesetzlichen Vertreters*