**EINSCHREIBEN**

 ,

**Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)**

**Police Nr. Name / Vorname Geburtsdatum**

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*