Nachnahme und Name

Adresse

PLZ Ort

**[persönliche Versicherungsnummer]**

**Einschreiben**

Deine Versicherung

Adresse

PLZ Ort

Ort, 16.10.2017

###### Betreff: Kündigung der Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit kündige ich meine Versicherungsdeckung (Versicherungspolice Nummer) per 31.12.2017

Ich werde ab dem erwähnten Datum bei einer anderen Krankenkasse versichert

sein. Bitte senden Sie mir eine Bestätigung der Kündigung.

Besten Dank und freundliche Grüsse,

Name und Nachname