

---

---

---

---

**EINSCHREIBEN**

---

---

---

---

**Kündigung Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige/n ich/ wir folgenden Versicherungen bei Ihrer Gesellschaft per: \_\_\_\_\_

| Vers. Nr. | Name  | Vorname | Geb.-datum | Zu kündigende Versicherung  |
|-----------|-------|---------|------------|---|
| _____     | _____ | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
| _____     | _____ | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
| _____     | _____ | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
| _____     | _____ | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |
| _____     | _____ | _____   | _____      | <input type="checkbox"/> Grundversicherung nach KVG<br><input type="checkbox"/> Zusatzversicherungen nach VVG |

Ich bitte Sie um Kenntnisnahme und Zustellung der Aufhebungsbestätigung. Besten Dank.

Freundliche Grüße

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Aller volljährigen Versicherungsnehmer

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Aller volljährigen Versicherungsnehmer

**Die Aufnahmebestätigung wird Ihnen sobald als möglich zugestellt.**