



Absender:

Name:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

**Anfrage Kündigungsmöglichkeit meiner/unserer privaten Krankenversicherung
Vetragsnummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich/wir beabsichtige(n) meine/unsere private Krankenversicherung zu kündigen.

Bitte teilen Sie mir/uns mit zu welchem Termin meine/unsere Versicherung gekündigt werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift