

.....  
.....  
.....  
.....

**EINSCHREIBEN (R)**

.....  
.....  
.....  
.....  
  
.....;

**Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**

*Vorname, Name*    *Geburtsdatum: tt.mm.jjjj*                              *Police Nr.*

.....  
.....  
.....  
.....

Sehr geehrte Damen und Herren

In Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen bitte ich Sie, die obligatorische Krankenpflegeversicherung obgenannter Person auf den nächstmöglichen Termin zu kündigen.

Die Aufnahmebestätigung wird Ihnen vom neuen Versicherer zu gegebener Zeit zugestellt.

Gerne erwarte ich Ihre schriftliche Bestätigung.

Freundliche Grüsse

.....