

An

Absender:

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

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

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. Informieren Sie mich/uns bitte über die möglichen Nachteile, die sich für mich/uns aufgrund einer Kündigung ergeben.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Bemerkung