[Vorname] [Nachname]

[Strasse] [Haus-Nr.]

[PLZ] [Ort] [Ort], [Aktuelles Datum]

 **Einschreiben**

[Name der Krankenkasse]

 [Strasse] [Haus-Nr.]

 [PLZ] [Ort]

**Kündigung der obligatorischen Grundversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Infolge eines Wechsels der Krankenkasse kündige ich hiermit fristgerecht die obligatorische Grundversicherung mit der Versicherten Nr. [Nummer].

Ich werde ab dem neuen Jahr bei einer anderen Krankenkasse versichert sein. Beachten Sie, dass es sich hier nur um die Kündigung der Grundversicherung handelt.

Gerne erwarte ich Ihre Bestätigung und verbleibe

 mit freundlichen Grüssen

 …………………………………………

 [VORNAME] [NAME]