

Musterstadt, den XX.XX.20XX

Krankenversicherungsunternehmen
Strasse + Nr.
Plz. + Ort

Maria Mustermann
Mustergasse 2
32100 Musterstadt

Kündigung der ambulanten Zusatzversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine ambulanten Zusatzversicherung (VERTRAGSNAME) fristgemäß zum XX.XX.20XX.

(
Oder: Wegen der Prämienerrhöhung / den Leistungsanpassungen, zum XX.XX.20XX, kündige meine ambulanten Zusatzversicherung, VERTRAGSNAME, zum Änderungstermin.

Oder: Da ich zum XX.XX.20XX in einer privaten Krankenversicherung – PKV - versichert bin kündige ich, meine ambulanten Zusatzversicherung, VERTRAGSNAME, außerordentlich zum nächstmöglichen Termin. Als Nachweis findet sich anbei eine Versicherungsbestätigung der PKV.

Oder: Auf Grund meiner Auswanderung, nach XY, zum XX.XX.20XX kündige ich meine ambulanten Zusatzversicherung, VERTRAGSNAME, außerordentlich zum nächstmöglichen Termin. Als Nachweis finden Sie anbei eine Kopie meiner Abmeldung vom Einwohnermeldeamt.
)

Die Versicherungsnummer lautet: AZV1234567.

Hilfsweise kündige ich den Versicherungsvertrag zum nächstmöglichen Termin.

(*Optional:* Darüber hinaus fordere ich Sie hiermit auf alle über mich gespeicherten personenbezogenen Daten, gemäß DSGVO, vollständig zu löschen und mich schriftlich über die durchgeführte Löschung zu unterrichten.)

Bitte bestätigen Sie mir diese Kündigung und den Beendigungstermin schriftlich.

Mit freundlichen Grüßen

M.Mustermann
Maria Mustermann