

Ort, Datum

Versicherungsunternehmen  
Strasse + Hausnummer  
Postleitzahl + Ort

Ihr Name und Vorname  
Ihre Straße und Hausnummer  
Postleitzahl und Ort

**Kündigung meiner privaten Krankenversicherung zum XX.XX.XXXX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine private Krankenversicherung VERSICHERUNGSNAME, mit der Vertragsnummer VERTRAGSNUMMER, fristwahrend zum XX.XX.XXXX (Wegen der Beitragserhöhung zum....). Sollte dies nicht möglich sein so kündige ich hilfsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte teilen Sie mir schriftlich den Beendigungszeitpunkt mit.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Ihr Name und Vorname