

Remitente / Absender

Apellido / Name

Nombre / Vorname

Dirección / Adresse

Código Postal, Ciudad / PLZ, Ort

Fecha / Datum

Envíe esta anulación a su aseguradora médica actual
Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse

Anulación de contrato / Kündigung meiner Mitgliedschaft

Número de seguro médico: _____
Krankenversicherungsnummer

A quien corresponda:
Sehr geehrte Damen und Herren,

Por medio de la presente anulo mi contrato de seguro médico a partir de
_____ (fecha) / la próxima fecha posible (tachar la opción que no corresponda).
*hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum
(Datum) / nächstmöglichen Zeitpunkt (Nichtzutreffendes streichen).*

Asimismo le solicito que me envíe la confirmación de anulación contractual en un lapso de dos semanas.
Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb von zwei Wochen.

Saludos cordiales,
Mit freundlichen Grüßen

Firma
Unterschrift
