

Ihre Adresse:
Vorname Name
Straße
Hausnummer
PLZ Ort

Name der Krankenkasse
Straße, Hausnummer
PLZ Ort

Ort Datum

Abmeldung bei der Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit informiere ich Sie, dass Frau/ Herr Vorname Name mit der Krankenkassenversicherungsnummer am .., .., verstorben ist. Ich bitte um die Abmeldung bei der Krankenkasse. Eine Kopie des Totenscheins liegt bei.

Persönliche Daten des /der Verstorbenen:

Name Vorname:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Geburtsdatum:	
Krankenversicherungsnummer:	

Bitte informieren Sie mich schriftlich über die erfolgte Abmeldung. Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort und Datum

Unterschrift

Anlagen: