

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: