

Nombre y dirección del asegurado

Nombre y dirección de la compañía de seguro médico

_____, den _____
Ciudad Fecha

Außerordentliche Kündigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Baja excepcional de afiliación al seguro de salud obligatorio

Versichertennummer: _____

Número de asegurado En la parte trasera de su tarjeta de salud

Sehr geehrte Damen und Herren,

Estimadas damas y caballeros,

hiermit kündige ich fristlos die Versicherung mit der Versicherungsnummer _____
_____ aufgrund eines Wegzugs aus Deutschland.

Por la presente doy de baja sin preaviso el seguro con el número de póliza _____ debido a un traslado fuera de Alemania.

Anbei finden Sie eine Kopie der polizeilichen Abmeldung.

Se adjunta copia de la solicitud de despadronamiento.

Mit freundlichen Grüßen,

Saludos cordiales

Firma