
Vorname, Name

_____, den _____
Ort Datum

Straße

PLZ

Ort

An die

—

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich bitte um Übersendung einer formgerechten Kündigungsbestätigung. Von Rückwerbeversuchen bitte ich Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

—