

Absender:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung.

Von telefonischen und persönlichen Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Unterschrift