

Absender:

_____ Name

_____ Vorname

_____ Straße, Hausnummer

Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse

_____ PLZ, Ort

_____ Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum
_____ (Datum) / nächstmöglichen Zeitpunkt (Nichtzutreffendes streichen).

Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb von
zwei Wochen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift