

Absender

(alte Krankenkasse)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Ort, Datum)

Kündigung meiner Mitgliedschaft  
Mitgliedschaftsnummer oder Geburtsdatum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum  
hilfsweise zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir eine Bestätigung meiner Kündigung zu.

Von Rückwerbeversuchen und persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift