

Datum _____

Krankenkasse:

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versicherungsnummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen fristgerecht zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir in den nächsten 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei meiner neuen Krankenkasse zu.

Meine Entscheidung steht fest, von Rückholaktionen bzw. Anrufen bitte ich Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift