Empfänger

Krankenversicherung
Straße, Nr.
PLZ, Ort

Absender

Vorname Name
Straße, Nr.
PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft, Versicherungsnummer: XXXXXXXXXX

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu.

Von Rückwerbung bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum (Unterschrift)