

Absender:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum

Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse

## Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversichertennummer \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte senden Sie mir eine schriftliche Kündigungsbestätigung zu.

Von einer persönlichen, telefonischen und schriftlichen Kontaktierung (außer schriftlicher Kündigungsbestätigung), insbesondere zur Kundenrückgewinnung, bitte ich abzusehen.

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Unterschrift