
Name des Absenders

Ort, Datum

Straße

PLZ, Ort

An (Name / Anschrift der Krankenkasse)

Kündigung – Krankenversicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft fristgerecht zum _____

Bitte übersenden Sie mir eine schriftliche Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen sowie eine Mitgliedsbescheinigung über meine zurückgelegten Versicherungszeiten.

Von Rückwerbeversuchen nehmen Sie bitte Abstand.

Mit freundlichen Grüßen
