

Vorname:	
Nachname:	
Strasse:	
PLZ Ort:	
Geburtsdatum:	

An die

Name der Kasse:	
Strasse:	
PLZ Ort:	

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Krankenversicherung bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir innerhalb von 14 Tagen Ihre Kündigungsbestätigung zu.

Von Rückwerbungsversuchen oder Hausbesuchen bitte ich Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift