
Name, Vorname

Ort, Datum

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

An:

Fax: _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Krankenversicherung bei Ihrer Krankenkasse zum nächst
möglichen Termin.

Bitte senden Sie mir innerhalb von 14 Tagen Ihre Kündigungsbestätigung zu.
Von Rückwerbungsversuchen oder Hausbesuchen bitte ich Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Eingang der Kündigung wird bestätigt:

Stempel, Datum, Unterschrift