

Absender:

Vorname Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Name der Versicherung

Straße und Nr. der Versicherung

PLZ und Ort der Versicherung

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Mitgliedsnummer / Krankenkassennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte schicken Sie mir die schriftliche Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen an o. g. Anschrift zu.

Die Kündigung erfolgt, da ich mich für eine andere Krankenkasse entscheiden habe. Bitte sehen Sie von Rückwerbeversuchen ab. Mit Ablauf der Mitgliedschaft sende ich Ihnen meine Versichertenkarte zu.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift Versicherungsnehmer

Ort, Datum