

Krankenkasse

---

---

---

**Kündigung der Mitgliedschaft**

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige die Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Termin.

Bitte übersenden Sie mir in den nächsten 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei meiner neuen Kasse.

Meine Entscheidung steht fest. Ich bin an keinem weiteren Kontakt interessiert.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift