

**Antwort**

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
30125 Hannover

**Ich möchte meine freiwillige Mitgliedschaft kündigen**

Guten Tag,

ich bin freiwillig bei Ihnen versichert und möchte meine Mitgliedschaft zum  (Tag/Monat/Jahr) kündigen.

**Hier meine persönlichen Daten:**

Vorname Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:  (Tag/Monat/Jahr)

Versichertennummer:

**Der Grund für meine Kündigung ist:**

- Ich wechsele in eine private Krankenversicherung.  
Sie erhalten in Kürze eine entsprechende Versicherungsbestätigung von mir.
  
- Ich ziehe um in ein anderes Land.  
Sie erhalten in Kürze einen Nachweis über meinen neuen Wohnsitz.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Unterschrift)

(Tag/Monat/Jahr)  
(Datum)