

Absender:

Empfänger: Name alte Krankenkasse

Straße, Hausnummer alte Krankenkasse

PLZ, Ort alte Krankenkasse

(Ort, Datum)

Kündigung meiner Krankenversicherung Versichertennummer oder Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum _____ ,
hilfsweise zum nächstmöglichen Termin.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

Zudem bitte ich um unverzügliche Ausstellung der Kündigungsbestätigung.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift