

*Absender*

Name:

Straße/Nr:

PLZ/Ort:

An

Datum:

## **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Krankenversicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum .

Gleichzeitig widerrufe ich, sofern erteilt, eine Abbuchungsermächtigung von meinem Konto über den Kündigungstermin hinaus.

Ich bitte freundlich um eine Kündigungsbestätigung.

Mit freundlichen Grüßen

---