
Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Termin. Bitte bestätigen Sie mir meine Kündigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen.

Bitte sehen Sie von Rückwerbungsversuchen ab (§7 Abs. 2 Nr. 2 UWG), da ich meine Meinung in Bezug auf einen Kassenwechsel abschließend getroffen habe.

Freundliche Grüße

Ort, Datum, Unterschrift