

Von:

---

---

---

An:

---

---

---

---

Datum

---

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Krankenversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum \_\_\_\_\_.

Gleichzeitig bitte ich Sie, mir die Kündigung innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen 2-Wochen-Frist zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten