

An

## Kündigung Mitgliedschaft

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Bitte senden Sie mir innerhalb von zwei Wochen eine Kündigungsbestätigung per Post zu.  
Ich bitte Sie, keine Rückwerbmaßnahmen durchzuführen.

Ich danke Ihnen für die gute Zusammenarbeit in der Vergangenheit.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ort

Datum