

Absender

Datum: _____

Name, Anschrift der Krankenkasse

Kündigung der Mitgliedschaft

Mitgliedsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse fristgemäß zum

_____ ,

da ich mich für eine andere Krankenkasse entschieden habe.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu. Da meine Entscheidung wohlüberlegt ist, bitte ich von persönlichen oder telefonischen Rückwerbeversuchen oder „Informationsgesprächen“ Abstand zu nehmen.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen