



**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Krankenversicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgerecht zum \_\_\_\_\_  
(zwei Monate zum Ende des Kalendermonats).

Bitte bestätigen Sie mir meine Kündigung innerhalb der gesetzlichen Frist von  
14 Tagen. Darüber hinaus bitte ich von Nachfragen und Rückwerbungsversuchen  
abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen