
An

Datum: _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft mit der Nummer: _____

Geb.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine freiwillige Mitgliedschaft in Ihrer Krankenversicherung und bitte Sie um eine schriftliche Bestätigung. Ich habe mich zum _____ privat krankenversichert. Der Nachweis

liegt bei
folgt bis zum Wirksamwerden der Kündigung

Ferner bitte ich um Zusendung

Nachweis der Dauer meiner Mitgliedschaft und Nachweis der gezahlten Beiträge.
Kündigungsbestätigung

Vielen Dank für Ihre Mühen

Mit freundlichen Grüßen
