

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
An

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fax Nr. \_\_\_\_\_

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**KVNR/Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sollte ein Sonderkündigungsrecht bestehen, nehme ich dieses in Anspruch.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Von Rückwerbeversuchen und Anrufen bitte ich Abstand zu nehmen, da ich mich bereits für eine andere Krankenkasse entschieden habe.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift