

Adresse Absender:

(Ort, Datum)

Empfänger / Versicherung:

Betreff: Kündigung meiner freiwilligen Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich fristgemäß zum _____ meine freiwillige Mitgliedschaft
in Ihrer Krankenkasse.

Bitte bestätigen Sie die Kündigung und senden Sie mir einen Nachweis von
Versicherungszeiten an meine o.a. Anschrift.

Mit freundlichen Grüßen