

Empfänger **Addressee**

Krankenkasse Health insurance fund

Straße, Nr. Address

PLZ, Ort Postcode, town

Absender **Sender**

Name, Vorname Last name, first name

Straße, Nr. Address

PLZ, Ort Postcode, town

Ort, Datum Place, date

Kündigung meiner Mitgliedschaft, Versicherungsnummer: _____
Notice of cancellation of my membership, insurance number:

Sehr geehrte Damen und Herren,
Dear Sir or Madam,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
I hereby cancel my membership of your health insurance fund at the earliest possible date.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.
Insofar as a special right to cancellation applies, I expressly claim my entitlement to this.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu.
Please send me confirmation of cancellation as soon as possible.

Mit freundlichen Grüßen
Yours faithfully,

Datum, Unterschrift
Date, signature