

**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