

Absender

---

---

---

An

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt!

Bitte senden Sie mir innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zu.

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen!

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Unterschrift