

**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