

Absender

---

---

---

An

---

---

---

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**  
**Krankenversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin. Falls ein Sonderkündigungsrecht besteht, übe ich dieses aus.

Bitte übersenden Sie mir eine Bestätigung über den Eingang dieser Kündigung und deren Durchführung.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum, Unterschrift

Empfangsvollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Ich bitte Sie, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist direkt an meine neue Krankenkasse zu senden: actimonda krankenkasse, Hüttenstr.1, 52068 Aachen oder per Fax 0241 900 66 9580. Die actimonda krankenkasse ist empfangsbevollmächtigt.

---

Datum, Unterschrift