

Gönderen / Absender

Soyadı / Name

Adı / Vorname

Adres, Kapı No / Adresse

Posta Kodu, Şehir / PLZ, Ort

Tarih / Datum

Bu fesih (sonlandırma) bildirimini güncel sigorta şirketinize gönderiniz.
Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse

Üyeliğime Yönelik Fesih Bildirimi / Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sağlık Sigorta Numarası: _____
Krankenversicherungsnummer

Sayın Yetkili,
Sehr geehrte Damen und Herren,

İşbu fesih bildirimini ile sigorta şirketinizdeki sağlık sigortası üyeliğimin
_____ (Tarih) itibariyle derhal sonlandırılmasını talep ederim.
hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum
(Datum) / nächstmöglichen Zeitpunkt (Nichtzutreffendes streichen).

Ayrıca iki hafta içerisinde fesih bildirimimin onayı üzerine geri bildirim talep ederim.
Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb von zwei Wochen.

Saygılarımla
Mit freundlichen Grüßen

İmza
Unterschrift
