

Absender:

Name, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Empfänger:

Zu kündigende Krankenkasse

Straße / Hausnummer / Postfach

PLZ / Ort

Ort, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum _____.
Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen. Bitte
senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung (gemäß § 175 SGB V) zu. Von
Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen



Unterschrift