

Empfänger

Krankenkasse

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Absender

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft**Krankenversichertennummer:** _____

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.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift