

Absender:

Vorname, Name

Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Stadt

Name der Krankenkasse

Straße oder Postfach

PLZ, Stadt

**Kündigung meiner Mitgliedschaft
Krankenversichertennummer der Vorkasse:** _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum _____, vorbehaltlich zum
nächstmöglichen Termin.

Sofern bei Eingang der Kündigung die Voraussetzungen eines Sonderkündigungsrechts vorliegen, berufe ich
mich ausdrücklich auf dieses Recht.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung gemäß § 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V innerhalb von
14 Tagen zu.

Die Krankenversicherungskarte werde ich, nach Beendigung meiner Mitgliedschaft bei Ihnen, vernichten.

Ich bitte Sie ab sofort von Rückwerbeversuchen auf telefonischem, schriftlichem oder persönlichen Weg
Abstand zu nehmen.

Vielen Dank!

Datum und Unterschrift des Versicherten