Absender:

_____
Name

_____
Straße

_____
PLZ / Wohnort

_____
Datum

An die Krankenkasse:

_____

_____

_____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß

zum _____ – spätestens jedoch zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte übersenden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung
innerhalb der nächsten 14 Tage.

Mit freundlichen Grüßen

_____
Unterschrift