

AN:

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Versichertennummer:

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zum _____, alternativ zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 des SGB V besteht, nehme ich dieses in Anspruch.

Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage schriftlich.

Meine Adresse ist:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ Ort: _____

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift