

An die

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Vorname und Name _____

Straße _____

PLZ und Ort _____

Geburtsdatum _____

Versichertennummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen fristgerecht zum _____ beziehungsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung nach §175 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch V zur Vorlage bei meiner neuen Krankenkasse innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen
