

An die Krankenkasse

Absender:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Versicherungsnummer

Datum

Kündigung der Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum _____.

Wenn meine Kündigung zu diesem Datum aus gesetzlichen Gründen nicht mehr möglich ist, kündige ich hiermit zum nächsten möglichen Termin.

Bitte senden Sie mir, wie vom Gesetzgeber in § 175 (4) SGB V vorgeschrieben, innerhalb von zwei Wochen eine Kündigungsbestätigung und eine Mitgliedsbescheinigung zu.

Bitte beachten Sie § 7 UWG: Unterlassen Sie alle Versuche, mich zu einer Rücknahme meiner Kündigung zu bewegen, und rufen Sie mich insbesondere nicht an.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift