

Absender:

---

---

---

Datum:

---

Krankenkasse:

---

---

---

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Krankenversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats zum \_\_\_\_\_. Ist eine Kündigung zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, mache ich von diesem Gebrauch.

Ich erwarte gem. § 175 Abs. 4 SGB V Ihre Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage.

Bitte sehen Sie von Rückwerbeversuchen jeglicher Art ab, meine Entscheidung ist endgültig.

Mit freundlichen Grüßen