
(Vor- / Nachname)

(Straße / Nr.)

(PLZ / Ort)

(Geburtsdatum)

(bisherige Krankenkasse)

(Adresse)

(PLZ und Ort)

(Ort, Datum)

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine oben genannte Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Die Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V schicken Sie mir bitte innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von 2 Wochen nach Kündigungseingang zu.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift