

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_, den  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

An die

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—

## **Kündigung meiner Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse**

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehme ich mein Sonderkündigungsrecht aufgrund der Einführung des Zusatzbeitrags in Anspruch und kündige meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich bitte um Übersendung einer formgerechten Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen. Von Rückwerbeversuchen bitte ich Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

—  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift