
Vorname, Name

_____, den _____
Ort Datum

Straße

PLZ

Ort

An:

—

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht aufgrund der Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages besteht, nehme ich dieses hiermit in Anspruch.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Mit freundlichen Grüßen

—

Unterschrift

Hinweis an den Absender:

Sie erhalten innerhalb von **14 Tagen** eine Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse. Sollte Ihnen diese nicht innerhalb dieser Frist zugestellt werden, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.