

**Absender:**

---

Name, Vorname

---

Straße / Hausnummer

---

PLZ / Ort

**Empfänger:**

---

Zu kündigende Krankenkasse

---

Straße / Hausnummer / Postfach

---

PLZ / Ort

---

Ort, Datum

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

---

Krankenversicherungsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum \_\_\_\_\_.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen. Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung (gemäß § 175 SGB V) zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen



---

Unterschrift