

An die Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Absender:

Vorname und Name des Mitglieds

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversichertennummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zum Ablauf des übernächsten Monats. Bitte übersenden Sie mir – gemäß § 175 SGB V – innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung. Vielen Dank.

Freundliche Grüße

Ort / Datum / Unterschrift