

Absender:

Datum: _____

← Ihre Anschrift

Anschrift der Krankenkasse:

← Anschrift Ihrer aktuellen Krankenkasse

Kündigung meiner Krankenversicherung

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung nach des § 175 Abs. 4 SGB V umgehend zu.

Ich bitte von Rückwerbungsversuchen abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)