
Tel.: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

Kündigung meiner Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Bitte beachten Sie die Vorschriften des § 175 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V. Ich erwarte, dass Sie mir spätestens innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zusenden.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Meine Versicherungsnummer lautet: _____

Mit freundlichen Grüßen