Absender:

[Ihr Name]

[Straße- und Nummer]

[PLZ Stadt]

Empfänger:

[Name der Versicherungsgesellschaft]

[Straße oder Postfach]

[PLZ Stadt]

[Ort, Datum]

**Kündigung der Mitgliedschaft**

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der [Name der Krankenkasse] zum [nächstmöglichen Zeitpunkt/zum Datum].

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, nehme ich dies ausdrücklich in Anspruch.

Bitte senden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift