

Empfänger:

Datum: _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

Senden Sie mir die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von 14 Tagen gemäß § 175 SGB V zu.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Freundliche Grüße

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____