

Abs.:

Datum: _____

An

Kündigung meiner Mitgliedschaft gemäß § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V

Versicherungs-Nummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum _____.

Bitte übermitteln Sie mir innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen eine
Kündigungsbestätigung.

Ich bedanke mich schon jetzt bei Ihnen dafür, dass Sie auf telefonische und
persönliche Halteversuche verzichten.

Mit freundlichen Grüßen