

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

—

—

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift der Krankenkasse)

—

—

Datum: \_\_\_\_

**Kündigung meiner Mitgliedschaft, KV-Nr.: \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich bitte um fristgemäße Übersendung der Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 SGB V innerhalb von 14 Tagen.

Die Krankenversichertenkarte werde ich Ihnen nach dem Ende der Mitgliedschaft zusenden.

Von Rückwerbeversuchen jeglicher Art bitte ich abzusehen, vielen Dank!

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Vollmacht:**

Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung direkt an meine neu gewählte Krankenkasse: 0621-68 559 222.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)