

\_\_\_\_\_  
Name Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

## **Kündigung meiner Krankenversicherung**

### **Versicherungs- Nr.:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den Eingang meiner Kündigung sowie die Dauer meiner Mitgliedschaft innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
(Unterschrift)