

An:

\_\_\_\_\_  
Bisherige Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

**Kündigung meiner Mitgliedschaft:** \_\_\_\_\_, **geb.** \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname Geburtsdatum

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft und – falls erforderlich – den Wahltarif bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Wenn bei Eingang meiner Kündigung die Voraussetzungen zu einem Sonderkündigungsrecht vorliegen, mache ich hiervon ausdrücklich Gebrauch.

Bitte bestätigen Sie mir die Versicherungszeiten und das Ende meiner Mitgliedschaft schriftlich innerhalb von vierzehn Tagen.

Meine Adresse lautet:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift