
Datum: _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

Sollte dies zu diesem Zeitpunkt nicht möglich sein, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Die Kündigung bezieht sich ebenso auf die Pflegepflichtversicherung. Eine Weiterversicherung ist gewährleistet. Ich bitte um Zusendung einer Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 SGB V sowie um einen Nachweis meiner Versicherungszeiten.

Ich verweise auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG und bin darüber hinaus an keinerlei Kontaktaufnahmen interessiert - weder postalischer noch telefonischer oder sonstiger Art.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen
