

---

---

---

An

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

**Kündigung meiner Mitgliedschaft mit der Nummer:** \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich kündige meine Mitgliedschaft in ihrer Krankenversicherung.

Ich kündige zum:

Begründung:

mir ist bekannt, dass die Kündigung nur dann wirksam ist/wird, wenn ich innerhalb der gesetzlichen Frist (zwei Monate) einen Nachweis einer nahtlos anschließenden Krankenversicherung nach § 175 Abs. 4, SGB V Nachweise.

Nachweis der Dauer meiner Mitgliedschaft

Kündigungsbestätigung.

Vielen Dank für Ihre Mühen

Mit freundlichen Grüßen

---