

Kündigung der Krankenkasse

Absender

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Telefon / E-Mail (optional): _____

Empfänger

Name der Krankenkasse: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Ort, Datum: _____

Betreff: Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit künde ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Gewünschtes Beendigungsdatum, falls bekannt: _____

Versichertennummer: _____

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieser Kündigung sowie den Zeitpunkt der Beendigung meiner Mitgliedschaft schriftlich.

Grund der Kündigung – optional

- ☐ Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse
- ☐ Wechsel in eine private Krankenversicherung
- ☐ Änderung der persönlichen Versicherungssituation

☐ sonstiger Grund: _____

Neue Krankenkasse – optional

Name der neuen Krankenkasse / Versicherung: _____

Versicherungsbeginn: _____

Rückmeldung

Bitte senden Sie die Bestätigung an:

☐ meine oben angegebene Anschrift

☐ meine E-Mail-Adresse

☐ folgende andere Adresse: _____

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Vor- und Nachname: _____

Unterschrift: _____