

Ihr Name

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Name ihrer Krankenkasse

Straße Hausnummer

Postleitzahl Ort

Ihr Ort, 15.02.2016

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versichertennummer: Ihre Versichertennummer **Geburtsdatum:** 01.01.2000

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags (Ihr Schreiben vom 01.01.2000) nehme ich mein Sonderkündigungsrecht in Anspruch.

Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der Ihre Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Name