

• •

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**  
**Krankenversicherturnummer:**  
**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin bzw. zum .

Bitte senden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage zu.

Mit freundlichen Grüßen