

Empfänger
Krankenkasse XY
Straße
PLZ/Ort

Absender
Vorname/Name
Straße
PLZ/Ort

Datum

Versicherten-Nr.: (einfügen)
Kündigung der Mitgliedschaft in
der (Name der Krankenkasse)

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der zum (Datum) angekündigten
Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags
make ich von meinem Recht zur Sonderkündi-
gung gem. § 175 Abs. 4 SGB V Gebrauch.

Ich möchte zum nächstmöglichen Zeitpunkt in
eine andere gesetzliche Krankenkasse wechseln.

Ich habe mir diesen Schritt gut überlegt.
Von Rückwerbungsversuchen bitte ich daher
abzusehen.

Bitte bestätigen Sie mir die Kündigung
unverzüglich schriftlich.

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift)