**<Ihre Anschrift>**  **<Ort Datum>**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**<Krankenkasse>**

**<Strasse Hausnummer>**

**<Postleitzahl Ort>**

Kündigung meiner Krankenversicherung

Mitgliedsnummer **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich fristgemäß die Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse, inkl. Pflegepflichtversicherung und aller Bausteintarife zum **<DATUM>.**

Sollte dies nicht möglich sein, kündige ich hiermit zum nächst möglichen Termin.

Bitte bestätigen Sie mir den Erhalt dieser Kündigung gemäß SGB V schriftlich. Eine Bestätigung über die Nachversicherung werde ich fristgemäß einreichen.

Von Rückwerbemaßnahme bitte ich Abstand zu nehmen!

Ferner bitte ich um Zusendung einer Bescheinigung über die zurückgelegte

Versicherungszeit und eine Bescheinigung über den Beginn und Ende der

Pflegepflichtversicherung.

Mit freundlichen Grüßen

**\_<Unterschrift>\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**<Ihr Name>**