

**Name und Anschrift der
gekündigten Krankenkasse**

Datum _____

Herr/Frau

**Kündigungsbestätigung nach
§ 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V
für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherte**

für Herrn/Frau _____, geboren am _____,
Krankenversichertennummer (KVNR): _____

Sehr geehrter Herr/Frau

Sie haben am _____ Ihre Mitgliedschaft bei der _____
zum _____ gekündigt.

Sollten Sie innerhalb von 18 Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft bei unserer Krankenkasse die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse wählen, ist der gewählten Krankenkasse diese Kündigungsbestätigung vorzulegen.

Die Kündigung wird wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z.B. dem Arbeitgeber) eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweisen (§ 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V). Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, haben Sie die Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist Ihrer bisherigen Krankenkasse vorzulegen.

Sofern Sie freiwilliges Mitglied sind, schließt sich der Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse nahtlos an das Ende der vorherigen Mitgliedschaft oder der vorherigen Familienversicherung an.

Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie der zur Meldung verpflichteten Stelle oder - wenn diese nicht vorhanden ist - der bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist einen Nachweis (z.B. des privaten Krankenversicherungsunternehmens) über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegen.

Mit freundlichen Grüßen
