

Krankenkasse:

Name

PLZ / Ort

Faxnummer / E-Mail

Mitglied:

Nachname

Vorname

Versichertennummer

Kündigung der Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt meine Mitgliedschaft und evtl. abgeschlossene Wahltarife bei Ihnen.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht aufgrund der Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrages besteht, mache ich ausdrücklich von diesem Gebrauch. Bitte senden Sie mir binnen 2 Wochen die erforderliche Kündigungsbestätigung nach § 175 (4) Satz 3 SGB V zu.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Für die bisherige Zusammenarbeit bedanke ich mich.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Unterschrift

Vollmacht

Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung sowie die Bescheinigung über die Vorversicherungszeiten zusätzlich per Fax an meine neu gewählte Krankenkasse: 0231 557130-2075

Datum / Unterschrift