

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

## **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Meine Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum \_\_\_\_\_  
bzw. zum nächstmöglichen Termin.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch  
genommen.

Bitte senden Sie mir eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung  
innerhalb der gesetzlichen 14-Tage-Frist (gemäß § 175 SGB V) zu. Von  
Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen. Gemäß der DSGVO widerrufe ich  
mit sofortiger Wirkung jegliche Einwilligungserklärung zur Nutzung meiner  
personenbezogenen Daten.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **VOLLMACHT**

Hiermit bevollmächtige ich meine zukünftige Krankenkasse, die Kündigungsbestätigung  
direkt bei Ihnen anzufordern, sofern diese nicht innerhalb der 14-Tage-Frist vorliegt.  
In diesem Fall soll die Kündigungsbestätigung direkt an meine zukünftige  
Krankenkasse gefaxt werden.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift