

NAME VORNAME GEB.-DATUM

STRASSE

PLZ, WOHNORT

VERSICHERTENNUMMER

Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse



ORT, DATUM

Kündigung meiner Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine bestehende Krankenversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte bestätigen Sie mir umgehend schriftlich meine Kündigung und den genauen Termin für das Ende meiner Mitgliedschaft.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

UNTERSCHRIFT

Vollmacht

Ich bevollmächtige meine neu gewählte Krankenkasse **KNAPPSCHAFT, Markt + Vertrieb, 45095 Essen, Fax-Nr. 0800 7245 901**, meine Kündigungsbestätigung in Empfang zu nehmen. Diese Vollmacht umfasst ebenfalls alle Tätigkeiten, die mit der Übermittlung der Kündigungsbestätigung im Zusammenhang stehen.

UNTERSCHRIFT