

Absender:

Datum:

Krankenkasse:

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats zum _____. Ist eine Kündigung zu diesem Zeitpunkt nicht möglich, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, mache ich von diesem Gebrauch.

Ich erwarte gem. § 175 Abs. 4 SGB V Ihre Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage.

Bitte sehen Sie von Rückwerbeversuchen jeglicher Art ab, meine Entscheidung ist endgültig.

Vollmacht: Ich werde Mitglied der BKK SBH, Löhrrstr. 45, 78647 Trossingen. **Schicken Sie die Kündigungsbestätigung direkt meiner neuen Krankenkasse an folgende Faxnummer: 0 7425 94003 25.** Danke!

Mit freundlichen Grüßen
