
Vorname Name

Datum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Anschrift der bisherigen Krankenkasse:

Kündigung meiner Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnummer _____ **Geburtsdatum** _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Termin.
Bitte übersenden Sie mir innerhalb der nächsten zwei Wochen eine Kündigungsbestätigung.

Da mein Entschluss feststeht, bitte ich Sie, von Rückwerbeversuchen abzusehen. Vielen Dank.

Versand- und Empfangsvollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Ich bin damit einverstanden, dass die SIEMAG BKK meine Kündigung per Fax / per Email an meine alte Krankenkasse weiterleitet.

Hiermit bevollmächtige ich die SIEMAG BKK zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung. Diese ist von Ihnen nach § 175 Absatz 4 Sätze 3 und 4 SGB V innerhalb von 14 Tagen auszustellen. Bitte senden Sie meine Kündigungsbestätigung innerhalb dieser Frist an folgende Adresse:

SIEMAG BKK, Hillnhütter Str. 89, 57271 Hilchenbach oder per Fax an die 02733 2978-2276

Mit freundlichen Grüßen

X

Unterschrift