

\_\_\_\_\_  
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**

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