

Vorname und Name des Kunden

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Anschrift der Krankenkasse

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Ort, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft, Empfangsvollmacht für die Kündigungsbestätigung

Versicherungsnummer oder Geburtsdatum:

(siehe Chipkarte)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum

nächstmöglicher Termin

Sofern bei Eingang der Kündigung die Voraussetzungen eines Sonderkündigungsrechts vorliegen, berufe ich mich ausdrücklich auf dieses Recht. Diese Kündigung umfasst auch alle bei Ihnen abgeschlossenen Wahltarife.

Gleichzeitig bitte ich Sie um Zusendung der Kündigungsbestätigung gemäß §175 SGB V innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen 2-Wochen-Frist. Ich bitte Sie, die Kündigungsbestätigung direkt an folgende Adresse zu senden:

AOK PLUS

01058 Dresden

Für die Erinnerung an die Zusendung und die Entgegennahme der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die AOK PLUS.

Freundliche Grüße

Unterschrift des Versicherten