



Datum:

Kündigung der Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich fristgerecht zum nächstmöglichen Termin meine Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse. Ich bitte um eine Bestätigung der Kündigung und eine Auflistung der bisherigen Versicherungszeiten.

Bitte sehen Sie von Kontaktaufnahmen zum Zwecke der Rücknahme der Kündigung möglichst ab. Mein Entschluss, die Kasse zu wechseln, steht fest.

Außerdem bevollmächtige ich die BKK B.Braun Aesculap die Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 SGB V anzufordern, sofern Sie mir diese nicht innerhalb von 14 Tagen nach Eingang meiner Kündigung ausgestellt haben. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung alternativ per E-Mail an carina.holl@bkk-bba.de Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Vor- und Nachname	Geb.-Datum
Adresse	Versichertennummer