

Name, Vorname

Ort, Datum

Straße

PLZ, Ort

Aktuelle Krankenkasse

Straße

PLZ, Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse

Krankenversicherturnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen. Ich bitte um Übersendung einer formgerechten Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen.

- Ich widerrufe daneben alle von mir in der Vergangenheit abgegebenen Einverständniserklärungen zu Werbeanrufen.
Dies gilt nicht für Kontaktaufnahmen zwecks Beratungen zum Versichertenverhältnis.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Vollmacht

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die Heimat BKK. Bitte senden Sie die schriftliche Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung direkt an folgende Adresse:

Heimat Krankenkasse
Herforder Str. 23
33602 Bielefeld

Oder per Fax: 0521 92395 4150

Die Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen können, insbesondere die Anforderung und die Erinnerung an die Zusendung.

Diese Vollmacht erlischt, sobald der Kassenwechsel erfolgt ist.

Unterschrift