

Absender

Kündigung meiner Krankenversicherung
Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir die Bestätigung meiner Kündigung (gemäß § 175 SGB V) innerhalb von 14 Tagen zu.

Noch eine Bitte: Akzeptieren Sie meine Entscheidung und verzichten Sie darauf, in Zukunft telefonisch, per Post oder per E-Mail mit mir Kontakt aufzunehmen.

Besten Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift

Vollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Hiermit bevollmächtige ich die SBK zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung. Ich fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist an folgende Anschrift auszustellen: SBK, 80227 München oder per Fax: 0800 0 725 725 725 1 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Datum, Unterschrift