

An die

_____ Name, Vorname: _____
_____ Straße: _____
_____ PLZ Ort: _____
_____ Geburtsdatum: _____
_____ Versichertennummer: _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen fristgerecht zum _____
beziehungsweise zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch V
innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Rückwerbeversuche sind bitte zu unterlassen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift

Vollmacht für die Einholung und den Empfang der Kündigungsbestätigung

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung nach § 175 Sozialgesetzbuch V
bevollmächtige ich die HEK - Hanseatische Krankenkasse. Senden Sie daher die
Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V an folgende Adresse:

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
Oder per Fax: 040 65696-2241

Diese Vollmacht umfasst alle Maßnahmen, die mit der Übermittlung und dem Empfang der
Kündigungsbestätigung im Zusammenhang stehen, insbesondere die Anforderung und die
Erinnerung an die Zusendung.

Diese Vollmacht erlischt mit dem vollzogenen Krankenkassenwechsel zur
HEK - Hanseatische Krankenkasse.

Datum

Unterschrift