

Ort

Datum

Vorname Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Geburtsdatum

An die

Krankenversicherung

per Fax.: \_\_\_\_\_

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse / Empfangsvollmacht für die Bestätigung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Termin. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht nehme ich dieses zugunsten einer früheren Austrittsmöglichkeit ausdrücklich in Anspruch.

Bitte versenden Sie fristgerecht eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung gemäß § 175 SGB V. Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die KKH Kaufmännische Krankenkasse.

Ich wünsche ausdrücklich die Übersendung der Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V direkt per Fax an die folgende Faxnr. der KKH: 02131 / 38 62 294. Sofern Ihnen eine Übersendung per Fax nicht möglich sein sollte, wünsche ich den postalischen Versand an die folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Herr Alfred Arnold  
Peter – Loer Str. 33  
41462 Neuss

Die Vollmacht für die KKH umfasst zudem sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V zusammenhängen können, insbesondere die direkte Anforderung bei Ihnen und die Erinnerung an die Zusendung an die KKH.

Mit sofortiger Wirkung widerrufe ich hiermit zudem sämtliche in der Vergangenheit erteilten Werbe- und Anruferlaubnisse. Der Widerruf umfasst auch Beratungen und Rückwerbeversuche.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**