

Bitte senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse

Absender:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Bitte senden Sie mir eine Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V.

Gleichzeitig erteile ich der IKK Brandenburg und Berlin (IKK BB) die **Vollmacht** zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung und für alle notwendigen Tätigkeiten, um die Kündigungsbestätigung zu erhalten.

Freundliche Grüße

Unterschrift