
Name (bisherige Krankenkasse)

Datum

Straße, Haus-Nr. (bisherige Krankenkasse)

PLZ, Ort (bisherige Krankenkasse)

Vorname, Name (Hauptversicherte/r)

Straße, Haus-Nr. (Hauptversicherte/r)

PLZ, Ort (Hauptversicherte/r)

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versicherungs-Nr.: _____

(Diese finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zur Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Termin. Bitte **bestätigen** Sie mir die **Zeiten und das Ende** meiner Versicherung **schriftlich** in den nächsten **14 Tagen**.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen!

Vollmacht

Ich bevollmächtige die **Schwenninger** Krankenkasse meine **Kündigungsbestätigung** zu **erhalten**. Senden Sie die Bestätigung meiner Kündigung innerhalb der gesetzlichen Frist **direkt an** die Schwenninger:

- per Fax: **0800 3755 3755 9**
- per E-Mail: **Infoneukunde@Die-Schwenninger.de**
- per Post: **Die Schwenninger Krankenkasse, 78044 Villingen-Schwenningen**

Diese **Vollmacht umfasst** für die Schwenninger Krankenkasse **alle Tätigkeiten** in Bezug auf **Übermittlung und Empfang** der Kündigungsbestätigung. Insbesondere die eventuell notwendige Erinnerung an die Zusendung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift