

**Kündigung meiner Mitgliedschaft
Versicherungs-Nr.:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse zum
oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich Abstand zu nehmen.

Ich bevollmächtigte meine neu gewählte Krankenkasse AOK Bayern, meine Kündigungsbe-
stätigung in Empfang zu nehmen. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung nach § 175
Abs. 4 Satz 3 SGB V unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb der gesetzlich vorgeschrie-
benen Frist von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung direkt an folgende Adresse:

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Carl-Wery-Straße 28
81739 München

Die Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang
der Kündigungsbestätigung zusammenhängen können, insbesondere die Anforderung und
die Erinnerung an die Zusendung.

Diese Vollmacht erlischt, sobald der Krankenkassenwechsel vollzogen ist.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des Versicherten