
Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse fristgerecht zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir meine Kündigungsbestätigung unverzüglich, spätestens innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu. Wurde die unten stehende Versand- und Empfangsvollmacht für die Kündigungsbestätigung erteilt, ist diese vorrangig zu beachten.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Versand- und Empfangsvollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Senden Sie die Kündigungsbestätigung bitte unverzüglich, spätestens innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen direkt an meine neue Krankenkasse:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
14456 Potsdam

oder per Fax: 0800 2650900.

Die AOK Nordost bevollmächtigt mich, sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen können, für mich auszuüben. Dies umfasst insbesondere die Anforderung der Kündigungsbestätigung bzw. die Erinnerung an deren Zusendung.

Unterschrift