
(Vor- / Nachname)

(Straße / Nr.)

(PLZ / Ort)

(Geburtsdatum)

(bisherige Krankenkasse)

(Adresse)

(PLZ und Ort)

(Ort, Datum)

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine oben genannte Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dieses ausdrücklich in Anspruch genommen.

Ich werde Mitglied der pronova BKK, Brunckstraße 47, 67063 Ludwigshafen,
Fax-Nummer 0621/53391-7000, E-Mail service@pronovabkk.de.

Schicken Sie die Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V bitte direkt an meine neue Krankenkasse.

Sollte dies nicht innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von 2 Wochen nach Eingang erfolgen, so bevollmächtige ich hiermit die pronova BKK, meine Kündigungsbestätigung direkt bei Ihnen einzufordern.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift