

Miasto, aktualna data

Twoje imię i nazwisko
Ulica i numer lokalu/domu
Kod pocztowy miasto

Nazwa ubezpieczalni
Ulica i numer budynku
Kod pocztowy miasto

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versichertennummer: (tutaj wpisujecie numer ubezpieczenia)

Geburtsdatum: (tutaj wpisujecie datę urodzenia)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der AOK Hessen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, nehme ich dies ausdrücklich in Anspruch.

Bitte senden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen,

podpis