

Absender:

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Datum

## **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir innerhalb von 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zu. Von telefonischen und persönlichen Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

### **Vollmacht:**

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die VIACTIV Krankenkasse. Bitte senden Sie die schriftliche Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung direkt an folgende Adresse:

VIACTIV Krankenkasse  
Zentraler Posteingang  
45064 Essen

Oder per Fax an: 0234 479-1999

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

Diese Vollmacht erlischt, sobald der Krankenkassenwechsel erfolgt ist.

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift