

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

An die

hkk Krankenkasse

Martinstraße 26

28195 Bremen

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versichertennummer: **Geburtsdatum**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der hkk Krankenkasse 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

Datum:..... Unterschrift