

Name: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

An die

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31

20097 Hamburg

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Versichertennummer:** ..... **Geburtsdatum** .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der DAK-Gesundheit 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 .....