

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Dane (Imię i nazwisko oraz adres) osoby ubezpieczonej*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Dane (nazwa i adres) Kasy Chorych*

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
*Miejscowość Data*

## **Außerordentliche Kündigung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung**

*Wypowiedzenie w trybie nadzwyczajnym członkostwa w ustawowym systemie ubezpieczenia zdrowotnego.*

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

*Numer osoby ubezpieczonej (znajduje się np. na awersie karty zdrowia os. ubezpieczonej - niem. Gesundheitskarte)*

Sehr geehrte Damen und Herren,

*Szanowni Państwo,*

hiermit kündige ich fristlos die Versicherung mit der Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ aufgrund eines Wegzugs aus Deutschland.

*niniejszym wypowiadam w trybie nadzwyczajnym z pominięciem okresu wypowiedzenia ubezpieczenie o numerze \_\_\_\_\_ z powodu wyprowadzki/emigracji z Niemiec.*

Anbei finden Sie eine Kopie der polizeilichen Abmeldung.

*W załączeniu kopia urzędowego zaświadczenia o wymeldowaniu.*

Mit freundlichen Grüßen,

*Z poważaniem,*

\_\_\_\_\_  
*Własnoręczny podpis*

