

Empfänger

Absender

_____, den _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Termin. Sollte ein Sonderkündigungsrecht bestehen, wird dieses ausdrücklich in Anspruch genommen.

Bitte senden Sie innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist von 14 Kalendertagen eine Kündigungsbestätigung (gemäß § 175 SGB V) zu.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum Unterschrift

Vollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Hiermit bevollmächtige ich die BKK_DürkoppAdler zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung.

Ich fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist an folgende Anschrift auszustellen: BKK_DürkoppAdler, Potsdamer Str. 190, 33719 Bielefeld oder per Fax: 0521-260 77 39

Ort, Datum Unterschrift