

Absender

Vorname Name

Straße

Postleitzahl

Ort

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Meine Versicherungsnummer lautet: _____
(Versicherungsnummer lt. Versicherungskarte)

Ich möchte Sie bitten, mich nicht für Rückwerbeversuche zu kontaktieren, da mein Entschluss, die Krankenkasse zu wechseln, endgültig ist.

VOLLMACHT

Ich bevollmächtige die BKK MAHLE für den Empfang der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung an die BKK MAHLE, Pragstr. 26-46, 70376 Stuttgart oder per Fax an die 0711/501-13334.

Diese Vollmacht erstreckt sich auf alle notwendigen Aufgaben, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung erforderlich sind, inklusive einer gegebenenfalls erforderlichen Erinnerung an die Kündigungsbestätigung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Mitglied