

Vorname und Name des Mitgliedes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Name der Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

KÜNDIGUNG MEINER MITGLIEDSCHAFT - EMPFANGSVOLLMACHT FÜR DIE KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG

Krankenversicherten-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum _____ (nächstmöglichen Termin).

Diese Kündigung umfasst auch alle bei Ihnen abgeschlossenen Wahltarife.
Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird es ausdrücklich in Anspruch genommen.

Gleichzeitig bitte ich Sie um Zusendung der Kündigungsbestätigung (gemäß § 175 SGB V) innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen 2-Wochen-Frist.

Ich bevollmächtige die BKK Freudenberg meine Kündigungsbestätigung in Empfang zu nehmen.
Bitte senden Sie diese direkt an: BKK Freudenberg, Höhnerweg 2 - 4, 69465 Weinheim oder
per Fax an 06201-690500-0.

Die Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen können, insbesondere die Anforderung und Erinnerung an die Zusendung. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift des Mitgliedes