

Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Bisherige Krankenkasse _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Vorname, Name _____ geboren am _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats zum _____. Sollte dies zum genannten Zeitpunkt nicht möglich sein, kündige ich zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte sehen Sie von Kontaktaufnahmen zum Zwecke der Rücknahme der Kündigung möglichst ab. Mein Entschluss, die Kasse zu wechseln, steht fest.

Vollmacht

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BKK MTU und fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen direkt per Fax, Nummer 07541 90-7130 an die BKK MTU, Hochstraße 40, 88048 Friedrichshafen zu senden. Diese Vollmacht umfasst für die BKK MTU sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere die eventuell notwendige Erinnerung an die Zusendung.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name