

Name, _____ Vorname, _____ Ort _____, Datum _____

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

An

Kündigung meiner Mitgliedschaft

KVNR/Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sollte ein Sonderkündigungsrecht bestehen, nehme ich dieses in Anspruch.

Von meinem sofortigen Wahlrecht mache ich Gebrauch und werde ab _____ Mitglied der BMW BKK.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Vollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Hiermit bevollmächtige ich die BMW BKK zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung. Ich fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist an folgende Anschrift auszustellen: BMW BKK, Postfach 15 33, 84126 Dingolfing oder per Fax an 08731 76 29955.

Unterschrift