

Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

BMW BKK

Postfach 1533

84130 Dingolfing

Widerruf Nutzung Online-Postfach

Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerrufe ich mein Einverständnis zur Nutzung des Online-Postfachs der BMW BKK in der BMW BKK App.

Der Widerruf gilt für zukünftige Schreiben der BMW BKK.

Datum und Unterschrift