

Ihre persönliche Anschrift

Anschrift Ihrer aktuellen Krankenkasse

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft fristgerecht zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir eine Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei meiner neuen Krankenkasse zu.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Ort

Unterschrift

Vollmacht für meine Kündigungsbestätigung

Hiermit bevollmächtige ich die BKK Diakonie zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung. Ich fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist an folgende Anschrift auszustellen: BKK Diakonie, Königsweg 8, 33617 Bielefeld oder per Fax: 0521.1442266.

Datum, Ort

Unterschrift