

---

---

---

---

(Anschrift der Krankenkasse)

---

---

---

Datum

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Krankenversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Ich bitte um fristgemäße Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist von 14 Kalendertagen. Bitte senden Sie mir zeitgleich eine Bescheinigung über meine Versicherungszeiten bei Ihnen zu.

Eine Kopie der Kündigungsbestätigung senden Sie bitte an folgende Adresse:  
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, Postfach 14 01 60, 33621 Bielefeld

Von allen Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen. Ich bedanke mich für die Betreuung in den letzten Jahren.

#### **Vollmacht**

Ich erteile der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER die Vollmacht zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung und für alle notwendigen Tätigkeiten, um die Kündigungsbestätigung zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

---