

Absender:

BKK Faber-Castell & Partner
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherturnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen. Bitte senden Sie mir eine Kündigungsbestätigung (gemäß § 175 SGB V) zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen