

Absender:

BKK Linde
Konrad-Adenauer-Ring 33
65187 Wiesbaden

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversichertennummer: _____

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