

Absender

An

Adresse der Krankenkasse

Datum _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgerecht zum _____
oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, nehme ich
dies ausdrücklich in Anspruch. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Freundliche Grüße

Unterschrift

Vollmacht

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die Daimler BKK und bitte darum,
die Kündigungsbestätigung innerhalb von 14 Tagen direkt an die **Daimler BKK, 28178 Bremen** zu senden
oder ihr diese per **Fax: 04 21 3 30 72-2 68** zu übermitteln.

Diese Vollmacht umfasst für die Daimler BKK sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem
Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere die eventuell notwendige
Erinnerung an die Zusendung.

Freundliche Grüße

Unterschrift