
(Name, Vorname)

Geburtsdatum

(Straße, Hausnummer)

PLZ, Wohnort

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft, KV-Nummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats zum _____.

Bitte sehen Sie von Kontaktaufnahmen zum Zwecke der Kündigungsrücknahme ab.

Unterschrift Mitglied

Vollmacht

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die R+V BKK und fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen direkt **per Fax** an die R+V BKK zu senden: **0611 9990977993**

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Mitglied