

An die  
Krankenkasse

---

---

## Kündigung der Mitgliedschaft

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige die Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Termin.

Meine Entscheidung steht fest. Ich bin an keinem weiteren Kontakt interessiert.

### Vollmacht

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BKK Akzo Nobel Bayern.

**Senden** Sie die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist direkt **an die BKK Akzo Nobel Bayern, Glanzstoffstr. 1, 63906 Erlenbach** oder

per **Fax** an die Nr. **06022 7069 8260**.

Diese Vollmacht umfasst für die BKK Akzo Nobel Bayern sämtliche Tätigkeiten, die mit der Zustellung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen und beinhaltet auch die eventuelle Erinnerung an die Zusendung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift