

Absender:

Datum:

Empfänger:
BKK Linde
Konrad-Adenauer-Ring 33
65187 Wiesbaden

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei der BKK Linde

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum _____,

alternativ zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu.

Von Rückwerbeversuchen sowie persönlichen Besuchen jeder Art bitte ich Abstand zu nehmen. Hierzu verweise ich auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG, § 20 UWG.

Mit freundlichen Grüßen