

**An die Krankenkasse**

Name der Krankenkasse

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

**Absender**

Vorname und Name des Mitglieds

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Ort/Datum

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Krankenversicherturnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.\*

Um die Zusendung der Kündigungsbestätigung innerhalb den vorgeschriebenen 14 Tagen wird gebeten.

Im Hinblick auf die am 09.10.2013 erfolgte Verschärfung des Telekommunikationsgesetzes, dem Inkrafttreten des Gesetzes gegen unseriöse Geschäftspraktiken (UWG) und zur Verbesserung des Verbraucherschutzes wünsche ich weder Anrufe noch Vertreterbesuche bezüglich einer Rückwerbung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

\* Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

**Vollmacht**

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BKK Faber-Castell & Partner und fordere Sie auf, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von zwei Wochen direkt per Fax, Nummer 09921 9602-299 an die BKK Faber-Castell & Partner nach Regen zu senden. Diese Vollmacht umfasst für die BKK Faber-Castell & Partner sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere die eventuell notwendige Erinnerung der Zusendung.

Unterschrift