

KÜNDIGUNG MEINER MITGLIEDSCHAFT

EMPFÄNGER

Krankenkasse	
Straße	Nr.
PLZ	Ort

ABSENDER

Name	
Straße	Nr.
PLZ	Ort

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ort	Datum
-----	-------

KÜNDIGUNG MEINER MITGLIEDSCHAFT, KRANKENVERSICHERUNGSNUMMER

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft und – falls erforderlich – den Wahltarif bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Termin

.....

Bitte senden Sie mir innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen 14 Tage eine Kündigungsbestätigung, auch wenn das Ende der Mitgliedschaft erst im Jahr 2021 oder später liegt.

VERSAND– UND EMPFANGSVOLLMACHT FÜR MEINE KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG

Hiermit bevollmächtige ich Sie, die Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist direkt an meine neue Krankenkasse zu senden: BKK Werra-Meissner, Postfach 1880. 37258 Eschwege oder per Fax 05651/7451-998

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

Mit freundlichen Grüßen

.....

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Werra-Meissner notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Homepage www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der [BKK Werra-Meissner](#) auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.