
Datum: _____

Name: _____

Adresse: _____

Versicherungsnummer: _____

**Kündigung meiner Mitgliedschaft
Empfangsvollmacht für die Kündigungsbestätigung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte versenden Sie fristgerecht (14 Tage) eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung. Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BKK BPW Bergische Achsen KG. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V direkt an folgende Adresse:

BKK BPW Bergische Achsen KG
Postfach 11 44
51655 Wiehl

Die Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten (insbesondere die Anforderung/Erinnerung an die Zusendung), die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V zusammen hängen können.

- Ich widerspreche gem. § 28 Abs. 4 BDSG der Nutzung und Übermittlung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder Markt - Meinungsforschung.
- Von eventuellen Rückwerbeversuchen - weder persönlich, postalisch oder telefonisch - bitte ich Abstand zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift