

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
.....
.....
.....

.....
Ort

.....
, Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft, Empfangsvollmacht für die Bestätigung

Meine Krankenversichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte versenden Sie fristgerecht eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung. Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BERGISCHE Krankenkasse. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V direkt an folgende Adresse:

Die BERGISCHE Krankenkasse, Heresbachstr. 29, 42719 Solingen

oder per Fax an 0212 2262 411

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

Ich widerspreche gemäß § 28 Absatz 4 BDSG der Nutzung und Übermittlung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Von eventuellen Rückwerbeversuchen – weder persönlich, postalisch oder telefonisch – bitte ich Abstand zu nehmen und verweise ausdrücklich auf § 7 Absatz 2 Nr. 2 UWG.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift