

Absender:

---

---

---

Anschrift:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

## KÜNDIGUNG MEINER MITGLIEDSCHAFT

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Termin.

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung gemäß § 175 SGB V zu.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### VOLLMACHT

Ich erteile der BKK Mobil Oil die Vollmacht, mich bei meinem Krankenkassenwechsel zu unterstützen. Dadurch ist die BKK Mobil Oil bevollmächtigt, die Kündigungsbestätigung einzuholen, den Bearbeitungsstand meiner Kündigung zu erfahren und sich eine Auskunft über meine Vorversicherungszeiten geben zu lassen.

Faxen Sie ein Duplikat der Kündigungsbestätigung daher direkt an meine neue Krankenkasse. **Telefax: 0800 255 3002-9840**

Vielen Dank!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift