
Name, Vorname

Datum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

An die (bisherige gesetzliche Krankenkasse)

Name der Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung innerhalb der vorgeschriebenen 14 Tage an folgende Adresse:

Audi BKK, Postfach 100160, 85001 Ingolstadt.

Für die Entgegennahme der Kündigungsbestätigung und die Erinnerung an die Zusendung bevollmächtige ich die Audi BKK.

Mit freundlichen Grüßen

X

Unterschrift