

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

An:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse

Krankenversicherturnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht aufgrund der Einführung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrages besteht, nehme ich dieses hiermit in Anspruch.

Ich bitte Sie um Zusendung der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Empfangs- und Versandvollmacht**

Ich werde Mitglied der BKK HMR. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung an:

BKK HMR  
Am Kleinbahnhof 5  
32051 Herford

Fax-Nr. 05221-1026-9183

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

Diese Vollmacht erlischt, sobald der Krankenkassenwechsel erfolgt ist.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift