

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

An die

WMF BKK

Eberhardstraße

73312 Geislingen

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei der WMF BKK

Versichertennummer: **Geburtsdatum**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der WMF BKK zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, nehme ich dies ausdrücklich in Anspruch.

Bitte senden Sie mir gemäß § 175 SGB V eine Kündigungsbestätigung innerhalb der nächsten 14 Tage zu. Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum:..... Unterschrift