

Name: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

An die

BKK Linde

Konrad-Adenauer-Ring 33

65187 Wiesbaden

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Versichertennummer:** ..... **Geburtsdatum** .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei der BKK Linde 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 .....