

Absender

---

---

---

An

---

---

---

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

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Zeitpunkt!  
Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich abzusehen!

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vollmacht**

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BKK Melitta Plus. Bitte senden Sie die schriftliche Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung direkt an folgende Adresse:

***BKK Melitta Plus***

Friedrich-Ebert-Straße 86  
26954 Nordenham  
Oder per Fax: 04731 9334-220

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