

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

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

An  
(Anschrift Krankenkasse)

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

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Krankenversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum  
\_\_\_\_\_ (Datum) / nächstmöglichen Zeitpunkt (nichtzutreffendes streichen).

Gleichzeitig bitte ich Sie um Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb von 2 Wochen.

Ich bin an keinerlei sonstiger Kontaktaufnahme interessiert und verweise auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG.

Zudem widerrufe ich hiermit sämtliche in der Vergangenheit abgegebenen Einwilligungen für Werbe- und Informationskontakte. Bei Zuwiderhandlung behalte ich mir weitere Schritte vor.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_