

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 Kontaktaufnahme interessiert (weder postalisch, fernmündlich noch sonstiger Art). Außer der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist, wünsche ich keinen Kontakt 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
