

Absender:

_____ Name

_____ Vorname

_____ Straße, Hausnummer

Senden Sie diese Kündigung an Ihre aktuelle Krankenkasse

_____ PLZ, Ort

_____ Datum

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 zwei 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

Unterschrift