
Vorname, Name

Ort, Datum

Straße

PLZ, Ort

bisherige Krankenkasse:

Kündigung meiner Mitgliedschaft

_____, geb. _____
Name, Vorname

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

fristgerecht kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Die anschließende Weiterversicherung besteht auch in Zukunft bei einer gesetzlichen Krankenkasse.

Bitte bestätigen Sie mir die Versicherungszeiten und das Ende meiner Mitgliedschaft schriftlich innerhalb von vierzehn Tagen.

Ich widerrufe hiermit sämtliche in der Vergangenheit abgegebene Werbe- und Anruferlaubnisse mit sofortiger Wirkung. Das umfasst auch Rückwerbeversuche und Beratungen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift