

An die

Datum _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Mitgliedsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine o.g. Mitgliedschaft bei Ihnen fristgerecht zum _____
bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung nach §175 Abs. 4 Satz 3 SGB V zur Vorlage bei meiner neuen Krankenkasse innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Ich widerrufe hiermit sämtliche in der Vergangenheit abgegebenen Werbe- und Anruferlaubnisse mit sofortiger Wirkung. Ich weise Sie darauf hin, dass Sie jegliche Rückwerbmaßnahmen zu unterlassen haben, dazu zählen telefonische und schriftliche Kontaktaufnahmen sowie Hausbesuche. Anderenfalls werde ich die Wettbewerbszentrale und die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde einschalten.

Mit freundlichen Grüßen
