

Name: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

An die

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

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**

**Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine bestehende Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte übersenden Sie mir innerhalb von 14 Tagen nach Eingang dieses Schreibens eine Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V.

Sollte ich Ihnen in der Vergangenheit die Erlaubnis zum telefonischen Kontakt erteilt haben, ziehe ich diese hiermit ausdrücklich zurück. Dies gilt auch für eine mögliche Rückwerbung aufgrund meiner Kündigung. Persönliche Besuche sind ebenso unerwünscht (§ 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG).

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift