
Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

An die Krankenkasse

Datum

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

Ich bitte um Übersendung einer formgerechten Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen (gemäß § 175 SGB V).

Ich widerspreche gemäß Artikel 21 EU-DSGVO der Nutzung und Übermittlung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Von eventuellen Rückwerbeversuchen – weder persönlich, postalisch oder telefonisch – bitte ich Abstand zu nehmen und verweise ausdrücklich auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Hinweis an den Absender:

Die bisherige Krankenkasse ist verpflichtet, Ihnen innerhalb von **14 Tagen** eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Sollten Sie diese nach Ablauf der Frist noch nicht erhalten haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.