Kündigung meiner Mitgliedschaft

Name der bisherigen Krankenkasse:

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Versichertennummer:

Meine Anschrift:

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die Mitgliedschaft meiner Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Termin.

Bitte bestätigen Sie mir die Versicherungszeiten und das Ende meiner Mitgliedschaft schriftlich innerhalb von 14 Tagen.

Von Rückwerbeversuchen sowie persönlichen Besuchen jeder Art bitte ich Abstand zu nehmen! (Hierzu verweise ich auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG, § 20 UWG).

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift