

Absender:

---

---

---

Krankenkasse:

---

---

---

**Kündigung meiner Mitgliedschaft  
Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir eine Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen zu.

Darüber hinaus bin ich an keiner Kontaktaufnahme, weder schriftlich, telefonisch noch sonstiger Art, interessiert (vgl. § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG).

Zudem widerrufe ich hiermit sämtliche in der Vergangenheit abgegebenen Einwilligungen für Werbe- und Informationskontakte. Bei Zuwiderhandlungen behalte ich mir weitere Schritte vor.

Mit freundlichen Grüßen