

Kündigungsschreiben

Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Krankenversicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Termin. Bitte **bestätigen** Sie **mir** meine Kündigung innerhalb der **gesetzlichen Frist von 14 Tagen**.

Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, wird dies ausdrücklich in Anspruch genommen.

Bitte sehen Sie von Rückwerbungsversuchen ab (§7 Abs. 2 Nr. 2 UWG), da ich meine Meinung in Bezug auf einen Kassenwechsel abschließend getroffen habe.

Gemäß der DSGVO widerrufe ich mit sofortiger Wirkung jegliche Einwilligungserklärung zur Nutzung meiner personenbezogenen Daten.

Freundliche Grüße

Ort, Datum, Unterschrift

Vollmacht

Ich bevollmächtige die mhplus für den Empfang der Kündigungsbestätigung. Diese Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere die eventuell notwendige Erinnerung an die Zusendung.

Ort, Datum, Unterschrift