

Ort

Datum

Vorname Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Geburtsdatum

An die

Krankenversicherung

per Fax.: _____

Widerruf meiner Wahlerklärung zur Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse ab dem _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Wahlerklärung zur Mitgliedschaft ab dem _____ in Ihrer Krankenkasse widerrufe ich hiermit.

Ich möchte nicht Mitglied in Ihrer Krankenkasse werden, sondern habe mich für die Mitgliedschaft in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse entschieden.

Die von mir neu gewählte Krankenkasse wird der zur Meldung verpflichteten Stelle eine entsprechende Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V zusenden, falls erforderlich erhalten Sie ebenfalls eine Bescheinigung.

Mit sofortiger Wirkung widerrufe ich hiermit zudem auch ein ggf. ausgesprochenes SEPA Lastschriftmandat bzw. eine Einzugsermächtigung, sowie sämtliche in der Vergangenheit erteilten Werbe- und Anruferlaubnisse. Der Widerruf umfasst auch Beratungen und Rückwerbeversuche.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift