Absender:	Datum:
Empfänger: actimonda krankenkasse Hüttenstraße 1 52068 Aachen	
Kündigung meiner Mitgliedschaft bei der actimonda krankenk	asse
Krankenversicherungsnummer:	
Sehr geehrte Damen und Herren,	
ich kündige meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum	,
alternativ zum nächstmöglichen Termin.	
Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu.	
Von Rückwerbeversuchen sowie persönlichen Besuchen jeder Art bitte ic zu nehmen. Hierzu verweise ich auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG, § 20 UWG.	h Abstand
Mit freundlichen Grüßen	