

Versicherten Nr.
Vorname, Name
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

Einschreiben
Name der Krankenkasse
Strasse, Nr.
PLZ, Ort

Kündigung der freiwilligen Zusatzversicherungen

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich folgende Versicherungsdeckungen der freiwilligen Zusatzversicherung:

Name der Zusatzversicherung:	Kündigung per:

Besten Dank für die Ausführung des Auftrages. Bitte stellen Sie mir eine entsprechende Bestätigung zu.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Ort, Datum, Unterschrift
