

Absender

Vorname + Nachname

Strasse + Hausnummer

PLZ + Ort

Adresse der Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Strasse + Hausnummer

Postfach (falls vorhanden)

PLZ + Ort

Kündigung der freiwilligen Zusatzversicherung

Guten Tag

Hiermit kündige ich die unten vermerkten Versicherungsdeckungen der freiwilligen Zusatzversicherung per Datum .

Name der Zusatzversicherung	Policen-Nummer
Ihre Zusatzversicherung	Policen-Nummer
Ihre Zusatzversicherung	Policen-Nummer
Ihre Zusatzversicherung	Policen-Nummer
Ihre Zusatzversicherung	Policen-Nummer

Ich bitte Sie um eine schriftliche Kündigungsbestätigung.

Besten Dank und freundliche Grüße

Vorname + Nachname

Ort, Datum

Unterschrift