

An Firma

**Musterversicherung**  
Musterstraße 125

60486 Stadt

**Absender:**

Name:  
Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

**Kündigung der stationären Zusatzversicherung**  
**Versicherungsnummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir kündige(n) hiermit die stationäre Zusatzversicherung mit der  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ fristgerecht zum \_\_\_\_\_ .

Bitte senden Sie mir/uns eine schriftliche Kündigungsbestätigung an die oben stehende  
Adresse.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift