

An Firma

Musterversicherung
Musterstraße 125

60486 Stadt

Absender:

Name:
Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Ort/Datum:

Kündigung der Krankheitskostenvollversicherung
Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir kündige(n) hiermit die Krankheitskostenvollversicherung mit der
Versicherungsnummer _____ fristgerecht zum _____ .

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift