

Absender

Vorname, Name

Strasse, Nummer

PLZ, Wohnort

Einschreiben

Name Krankenversicherung

Strasse, Nummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung der freiwilligen Zusatzversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Folgende Zusatzversicherung(en) kündige ich auf das unten ersichtliche Datum:

Name der Zusatzversicherung	Kündigung per

Vielen Dank für das Zusenden einer Bestätigung.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Unterschrift
