

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum.....

LSI / Einschreiben

.....
.....
.....
.....

Kündigung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir/ Ich kündigen/e die nachfolgend aufgeführten Versicherungsdeckungen.

Grundversicherung KVG (Obligatorische Krankenversicherung)

Name / Vorname	Vertragsnummer	Geburtsdatum		Kündigungstermin

Zusatzversicherungen VVG (Versicherungsvertragsgesetz)

Name / Vorname	Vertragsnummer	Geburtsdatum	Produkte	Kündigungstermin
			<input type="checkbox"/> alle	
			<input type="checkbox"/> alle	
			<input type="checkbox"/> alle	
			<input type="checkbox"/> alle	
			<input type="checkbox"/> alle	

Sollte ein Austritt auf die oben erwähnten Termine nicht möglich sein, gilt die Kündigung automatisch auf die nächstmöglichen Termine.

Bitte senden Sie mir die entsprechende Aufhebungsbestätigung. Besten Dank.

Mit freundlichen Grüßen

X.....X.....
Unterschriften

PS: Die Aufnahmebestätigung wird Ihnen zugestellt.