

Ihr Name Straße PLZ, Wohnort

E I N S C H R E I B E N

Versicherung

Anschrift

PLZ Ort

Ort, den Datum

Ordentliche Kündigung der Berufsunfähigkeitsversicherung
Versicherungsnummer: Vertrags-Nr.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine oben genannte Berufsunfähigkeitsversicherung fristgerecht zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Ich erbitte eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung unter Angabe des Beendigungszeitpunktes.

Für Ihre Bearbeitung danke ich Ihnen bereits im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

handschriftliche Unterschrift