Klicken Sie hier, um ein Datum auszuwählen.

|  |  |
| --- | --- |
| [Ihr Name]  [Straße Hausnummer, PLZ Ort]  Tel.[Telefon] Fax [Fax]  [E-Mail] |  |

[Name des Versicherungsunternehmens]

[Empfängeranschrift, PLZ Ort]

Betreff: Kündigung Zahn­zusatz­ver­sicherung

Ver­sicherungs­nummer:  
Versicherungsnehmer: [Name, Vorname]  
Versicherte Person: [Name, Vorname, Geburtsdatum]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die bei Ihnen be­stehende Zahn­zusatz­ver­sicherung mit der Versicherungs-Nr. [Versicherungs-Nr.] für die versicherte Person [Name, Vorname] zum 31.12.20xx / nächstmöglichen Termin.

Ebenso widerrufe ich hiermit die Ihnen am xx.xx.202x ausgestellte Einzugs­ermächtigung für das folgende Konto: [Ihre IBAN], [Ihre BIC].

Bitte lassen Sie mir eine schriftliche Be­stätigung der Kündigung sowie eine Bescheinigung meiner Versicherungszeiten zukommen.

Mit freundlichen Grüßen

[Ort, Datum, Ihr Name]