

Musterstadt, den XX.XX.20XX

Versicherungsgesellschaft
Strasse und Nr.
Plz. und Ort

Maria Mustermann
Mustergasse 2
32100 Musterstadt

Kündigung der Grundfähigkeitsversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Grundfähigkeitsversicherung "VERTRAGSNAME", mit der Versicherungsnummer G123456, fristgemäß zum XX.XX.20XX.

(
Oder: Auf Grund den Leistungsverschlechterungen / der Beitragserhöhung zum XX.XX.20XX kündige ich die Grundfähigkeitsversicherung "VERTRAGSNAME" zum Änderungszeitpunkt. Die Versicherungsnummer lautet G123456.
)

Hilfsweise kündige ich die Versicherung zum nächstmöglichen Termin.

Bitte bestätigen Sie mir die Versicherungskündigung schriftlich mit Angabe des Beendigungstermins.

Mit freundlichen Grüßen

M.Mustermann
Maria Mustermann