*[Vorname, Name des Versicherten]*

*[Straße, Hausnummer]*

*[PLZ, Ort]*

*[Versicherungsgesellschaft]*

*[Straße, Hausnummer]*

*[PLZ, Ort] Ort, Datum*

**Kündigung der Berufsunfähigkeitsversicherung: *Versicherungsnummer***

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meinen o. g. Vertrag zum [*Kündigungsdatum*], hilfsweise zum nächstmöglichen Termin.

Eine eventuell erteilte Einzugsermächtigung bzw. SEPA-Mandat von meinem Konto erlischt automatisch mit diesem Kündigungstermin.

Bitte bestätigen Sie mir den Erhalt dieses Schreibens und die Wirksamkeit der Kündigung schriftlich.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Unterschrift*)