

Name des Versicherungsnehmers:

Straße:

PLZ:

Ort:

Name des Versicherungsunternehmens:

Straße:

PLZ:

Ort:

....., am.....

Betrifft: **Prämienfreistellung/Pol-Nr** \_\_\_\_\_

- |         |                              |                          |
|---------|------------------------------|--------------------------|
| Risiko: | Er- und Ablebensversicherung | <input type="checkbox"/> |
|         | Erlebensversicherung         | <input type="checkbox"/> |
|         | Rentenversicherung           | <input type="checkbox"/> |

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen kündige(n) ich (wir) oben angeführten Versicherungsvertrag und ersuche(n) um Prämienfreistellung

- |          |                               |                          |
|----------|-------------------------------|--------------------------|
| aufgrund | finanzieller Schwierigkeiten  | <input type="checkbox"/> |
|          | wirtschaftlicher Überlegungen | <input type="checkbox"/> |
| per      | sofort                        | <input type="checkbox"/> |
|          | Datum der Hauptfälligkeit     | <input type="checkbox"/> |

**Bitte um Zusendung einer schriftlichen Bestätigung bzw. Ausstellung eines Polizzen-Nachtrages.**

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift des Kündigungsberechtigten