

(Ihr Name und Ihre Adresse)

Groupe Mutuel
Rue de Nord 5
1920 Martigny

(Ort/Datum)

Antrags Rückzug / Kündigung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit trete ich/wir vom Vertrag bei Ihrer Krankenkasse für die unten aufgeführten Policen für nachfolgende Versicherungen KVG und VVG zurück.

Begründung:

Für folgende Mitglieder:

<u>Name des Versicherungsnehmer</u>	<u>Policen-Nr</u>	<u>Branchen</u>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Unterschrift Versicherungsnehmer

Unterschrift Ehe-/Partner(in)
