**Opsigelse af sundhedsforsikring**

Opsigelse på sundhedsforsikring til:

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

 Nuværende leverandør af sundhedsforsikring

Hermed opsiges sundhedsforsikring hos jer fra næste hovedforfald, som er:

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

Dato på hovedforfald

Sundhedsforsikringen har policenummer:

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

 Policenummer på sundhedsforsikring

I det omfang der opstår skader inden ordningen udløber eller der er igangværende skader under behandling blandt de forsikrede ved udløb, vil disse fortsættes hos jer jf. nugældende aftale. Jeg takker for samarbejdet og afventer venligst bekræftelse på opsigelsen.

Venlig hilsen

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

Dato CPR-nummer Underskrift