Frau/ Herr

Ihr Name

Ihre Adresse

**Einschreiben**

Versicherung

Name der Versicherung

Ort, Datum

**Widerruf der Versicherung aufgrund Informationspflichtverletzung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Am TT.MM.JJJJ habe ich einen Antrag für die folgende Versicherung(en) unterzeichnet: (benennen Sie alle Versicherungen, die Sie widerrufen möchten).

* Name der Versicherung / Zusatzversicherung
* Name der Versicherung / Zusatzversicherung

Ich wurde nie über mein Widerrufsrecht gemäss Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe h des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG, SR 221.229.1) informiert, weder über die Form noch über die Frist. Gemäss Artikel 3a VVG hat die Frist aufgrund meiner Unkenntnis nicht zu laufen begonnen.

Ich mache daher von meinem Widerrufsrecht nach Artikel 2a VVG Gebrauch. Bitte bestätigen Sie mir den Erhalt schriftlich.

Freundliche Grüsse

Name und Unterschrift