**Unternehmensnummer:**

**Kündigung der freiwilligen Versicherung**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Die freiwillige Versicherung endet mit **Ablauf des Monats, in dem die Kündigung bei unserer Berufsgenossenschaft eingegangen ist.**

Optional können Sie auch einen **späteren Beendigungszeitpunkt** benennen:

 (Datum) (Unterschrift des Antragstellers oder

Bevollmächtigten, ggf. bitte Vollmacht beifügen)

**Zurück an:

Berufsgenossenschaft Holz und Metall
Abteilung Mitglieder und Beitrag
Postfach 37 80
55027 Mainz**