

## Udmeldelse af heltidsulykkesforsikringen

Navn	
------	--

CPR-nr.:	
----------	--

Undertegnede ønsker at opsige ovennævnte heltidsulykkesforsikring tegnet gennem forbundet.  
Udmeldelse af forsikringen kan kun ske fra den første i en måned og skal ske med mindst en måneds varsel.

Dato	
------	--

Underskrift	
-------------	--

**Du skal sende udmeldelsesblanketten til:**

**HK Danmark**

**Att.: Forsikringssekretariatet**

**Weidekampsgade 8**

**2300 København S**