

Absender:

Datum,

Per Fax

Faxnummer:

Krankenkasse:

**Kündigung meiner Krankenversicherung**

**Krankenversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Krankenversicherung in Ihrer Kasse kündige ich fristgerecht zum \_\_\_\_\_, alternativ zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte senden Sie mir umgehend, spätestens bis zum Ablauf von 14 Tagen, die Kündigungsbestätigung zu (§ 175 SGB V).

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

**Versand- und Empfangsvollmacht für meine Kündigungsbestätigung  
(Serviceangebot der Salus BKK)**

Ich habe eine neue Mitgliedschaft bei der Salus BKK zum \_\_\_\_\_ beantragt. Hiermit bevollmächtige ich die Salus BKK zum Empfang meiner Kündigungsbestätigung. Diese ist nach § 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V innerhalb von 14 Tagen zuzustellen. Bitte senden Sie meine Kündigungsbestätigung innerhalb dieser gesetzlichen Frist an folgende Anschrift:

Salus BKK, Siemensstr. 5 a, 63263 Neu-Isenburg oder per Fax an 06102 2909-89

\_\_\_\_\_  
Unterschrift