



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **Salus BKK** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **Salus BKK** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **Salus BKK** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Salus BKK** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Salus BKK** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ich möchte zum Mitglied der Salus BKK werden.

Persönliche Angaben

Frau Herr Divers **Familienstand:** ledig verheiratet geschieden verwitwet getrennt lebend

Name, Vorname
Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl
Ort

Rentenversicherungsnummer (bitte unbedingt angeben!)
Geburtsort, Geburtsland & Geburtsname (bitte unbedingt angeben!)

Bisherige Krankenversicherungsnummer
Telefonnummer (bei evtl. Rückfragen / zu Infozwecken – freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (bei evtl. Rückfragen / zu Infozwecken – freiwillige Angabe) Ja, ich möchte den kostenfreien, monatlichen E-Mail-Newsletter erhalten. Diesen kann ich jederzeit abbestellen.

Angaben zur Art der Versicherung / Beschäftigung (bitte ggf. entsprechende Nachweise beifügen)

Angestellte/r Selbstständige/r Rentner/in gewerbl. Arbeitnehmer/in ALG I-Bezug ALG II-Bezug

Name des Arbeitgebers
Beginn der Beschäftigung

Anschrift des Arbeitgebers (ggf. abweichende Anschrift der Personalabteilung angeben)
Bruttogehalt / Monat (freiwillige Angabe)

Telefonnummer des Arbeitgebers Ich bin mit meinem Arbeitgeber verwandt oder als Gesellschafter beteiligt. Nein Ja Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland. Nein Ja

Ich bin neben der genannten Beschäftigung noch selbstständig tätig (z. B. Kleingewerbe). Nein Ja Ich beziehe noch weitere Einkünfte. Nein Ja
Art
Höhe (freiwillige Angabe)

Rentenbezieher / Rentenanspruchssteller

Ich beziehe Rente ab / seit
 Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am
Art der Rente

Angaben zur Vorversicherung

Ich war in der Zeit vom bis wie folgt versichert:

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse

Wurde bei der o.g. Versicherung ein Wahltarif (nach § 53 SGB V) abgeschlossen? Nein Ja, seit

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert sonstiges:

Aus welchem Grund bestand eine private Versicherung?

Selbstständigkeit Wurde diese aufgegeben? Nein Ja (Wenn ja, bitte Gewerbe**meldung** beilegen!)

Beamter Kind / Student überschreiten der JAE-Grenze Ehegatte / Hausfrauentarif sonstiges:

Familienversicherung für Kinder / Ehegatten

Es sollen Angehörige mitversichert werden. Bitte senden Sie mir den Antrag auf Familienversicherung zu. Ein Antrag auf Familienversicherung liegt bei.

Steueridentifikationsnummer

Steueridentifikationsnummer (TIN) Die **gesetzlichen Krankenkassen sind** seit dem 01.01.2020 **verpflichtet**, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) weiterzugeben. Bitte geben Sie zu diesem Zweck Ihre Steueridentifikationsnummer (TIN) an.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden. Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Ort, Datum

X
Unterschrift

Ich sende mein Bild per Post nach. Bitte senden Sie mir einen entsprechenden Vordruck zu.

Ich sende mein Bild per E-Mail: passbild@salus-bkk.de

Ich lade mein Bild online hoch: www.salus-bkk.de/egk

Bitte beachten Sie die Hinweise zur elektronischen Gesundheitskarte sowie der Fotobeschaffenheit auf: www.salus-bkk.de/egk

Für interne Zwecke

Vermittlernummer

10850

Agentur

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Salus BKK
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

