



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen.  
Um in die Salus BKK zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse (Musterkündigung in der Anlage). Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse muss Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag zu uns. Alternativ können Sie uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29).
4. Die Salus BKK sendet Ihnen die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu.
5. Sie legen die Mitgliedsbescheinigung der Salus BKK bei Ihrem Arbeitgeber vor Ablauf der Kündigungsfrist vor.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren brauchen Sie nicht zu kündigen sondern können uns den Mitgliedsantrag direkt zuschicken. Bitte schreiben Sie dann genau dazu, welcher Grund zum Wechsel in die Salus BKK vorliegt.

Sollten Sie Familienmitglieder mitversichern füllen Sie bitte auch den Familienversicherungsbogen aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die Salus BKK für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

Ich möchte zum  Mitglied der Salus BKK werden.

## Persönliche Angaben

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

Name, Vorname   
Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl    Ort

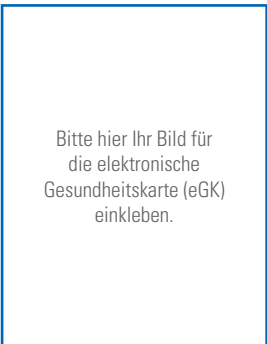
Rentenversicherungsnummer (*bitte unbedingt angeben!*)    **Keine Rentenversicherungsnummer?** Dann bitte Geburtsort, -land & Geburtsnamen angeben!  
Diese finden Sie auf Ihrer bisherigen Versichertenkarte!

Bisherige Krankenversicherungsnummer    Telefonnummer tagsüber (*bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe*)

E-Mail-Adresse (*freiwillige Angabe*)

Ja, ich möchte den kostenfreien, monatlichen E-Mail-Newsletter erhalten. Diesen kann ich jederzeit abbestellen.

## Ihr Foto für die eGK



Bitte hier Ihr Bild für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) einkleben.

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen ohne ein Passbild keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) ausstellen können.**

Sollten Sie gerade kein Passbild zur Hand haben, wählen Sie bitte eine der folgenden Optionen:

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

Ich sende mein Bild per E-Mail: [passbild@salus-bkk.de](mailto:passbild@salus-bkk.de)

Ich lade mein Bild online hoch: [www.salus-bkk.de/egk](http://www.salus-bkk.de/egk)

Bitte beachten Sie die Hinweise zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie der Fotobeschaffenheit auf der nächsten Seite dieses Antrags.

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

**Ich bin:**  Angestellte/r  Selbstständige/r  Rentner/in  gewerbliche/r Arbeitnehmer/in  
 arbeitslos und beziehe Arbeitslosengeld I  arbeitslos und beziehe Arbeitslosengeld II  oder \_\_\_\_\_

Name des Arbeitgebers   
Beginn der Beschäftigung

Anschrift des Arbeitgebers (*ggf. abweichende Anschrift der Personalabteilung angeben*)

Monatliches Bruttogehalt (*freiwillige Angabe*)

Ich bin neben meiner oben genannten Beschäftigung noch selbstständig tätig (z. B. Kleingewerbe). Entsprechende Nachweise liegen dem Antrag bei bzw. sind auf Verlangen der Salus BKK zu erbringen.

## Rentenbezieher / Rentenansragsteller

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

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse

## Angaben zur Vorversicherung

Ich war in der Zeit vom  bis  wie folgt versichert:

pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert  privat versichert  sonstiges: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse

Kündigungsbestätigung liegt bei  Kündigungsbestätigung wird nachgereicht

## Familienversicherung für Kinder / Ehegatten

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

## Steueridentifikationsnummer

Um meine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich geltend machen zu können, bin ich mit einer Weitergabe meiner Daten an die Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) einverstanden. Mein Einverständnis umfasst auch eine Abfrage der Steueridentifikationsnummer (TIN) beim Bundeszentralamt für Steuern.

Steueridentifikationsnummer (TIN)

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden.

## Für interne Zwecke

Vermittlernummer

krankenkassennetz.de GmbH  
Agentur



X  
Unterschrift

Ort, Datum

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

