



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

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](mailto: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 jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Salus BKK** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Salus BKK** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung 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  Diese finden Sie z. B. auf Ihrer aktuellen Versichertenkarte! 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 / Rentenansragssteller

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**an**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](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)

Ort, Datum

 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](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 sowie der Fotobeschaffenheit auf: [www.salus-bkk.de/egk](http://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.**

