



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

## Antrag auf freiwillige Versicherung

Ich möchte zum T T M M J J J J freiwilliges Salus BKK Mitglied werden.

### Persönliche Angaben

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

Name, Vorname T T M M J J J J Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Rentenversicherungsnummer *(bitte unbedingt angeben!)* **Keine Rentenversicherungsnummer?** Dann bitte Geburtsort, -land & Geburtsnamen angeben!

Bisherige Krankenversicherungsnummer *Diese finden Sie auf Ihrer bisherigen Versichertenkarte!* 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.

Mein Ehegatte ist gesetzlich versichert:  Ja, bei \_\_\_\_\_  Nein ▶ In diesem Fall bitte Einkommensnachweise beifügen

### Angaben zu derzeitigen / zukünftigen Einkünften *(bitte entsprechende Hinweise beachten)*

Ich bin tätig als:  Selbstständige/r  Schüler/in / Student/in  Hausfrau/-mann  Beamter / Beamtin  Rentner/in

Sonstiges: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

| Art der Einnahme  | Folgenden Nachweis bitte unbedingt (in Kopie) beifügen  | Jährliche Höhe in Euro |
|---|---|------------------------|
| Einkünfte aus <b>selbstständiger Tätigkeit</b> (Gewinn nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts)  | Letzter Einkommensteuerbescheid, sofern für diesen Zeitraum bereits die selbstständige Tätigkeit ausgeübt wurde. Ansonsten BWA oder sonstige Nachweise. |                        |
| Arbeitsentgelt aus einer <b>Beschäftigung bzw. Vorruhestandsgeld</b> (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provision, etc.)  | Aktuelle Gehaltsbescheinigung inkl. Einmalzahlungen (z. B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, etc.).   |                        |
| Dienstbezüge von <b>Beamten und Pensionären</b> (Bei Anspruch auf Beihilfe reichen Sie bitte einen Nachweis ein)  | Aktuelle Bezügemittelung inkl. Einmalzahlungen und zusätzlich der letzte Einkommensteuerbescheid.   |                        |
| Gesetzliche <b>Renten</b> , auch <b>ausländische Renten</b> (aus der Renten-, Unfallversicherung, aus privater Renten-/Lebensversicherung)  | Letzte Rentenanpassungsmittelung  |                        |
| <b>Rentenähnliche Einnahmen</b> (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Direktversicherungen)  | Letzte Anpassungsmittelung  |                        |
| Einkünfte aus <b>Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen</b>  | Letzter Einkommensteuerbescheid bzw. letzte Zinsmittelung   |                        |
| <b>Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt</b> z. B. Unterhalt des geschiedenen Ehegatten, Abfindungen   | Unterhaltsnachweis/Kopie Kontoauszug; sonstige mögliche Nachweise   |                        |
| <b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b> z. B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse, etc.   | Bescheid der bewilligenden Behörde  |                        |
| <b>Leistungen der Bundesagentur für Arbeit</b> z. B. Gründungszuschuss  | Bescheid der bewilligenden Behörde  |                        |
| Wenn <b>keine eigenen Einnahmen</b> vorhanden sind:<br>Der <b>Lebensunterhalt</b> wird sichergestellt durch:<br><br>Bei freiwillig versicherten Mitgliedern, deren <b>Ehegatte nicht gesetzlich versichert</b> ist, bitte das Einkommen des Ehegatten, die Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder angeben und einen aktuellen Gehaltsnachweis beifügen: | Bitte vorhandene Nachweise beifügen<br><br>Einkommensnachweise des Ehegatten (Steuerbescheid / Gehaltsbescheinigung)                                    |                        |
| Einkünfte bei <b>Tätigkeit als Tagesmutter</b><br>Anzahl der Kinder angeben, die regelmäßig betreut werden. ▶<br>Bei Schwankungen Einzelaufstellung beifügen.   | Letzter Einkommensteuerbescheid, sofern für diesen Zeitraum bereits die Tätigkeit ausgeübt wurde.   |                        |

### 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)

### Für interne Zwecke

Vermittlernummer

10850

Agentur

|                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| <input type="text"/>        | T T M M J J J J |
| Name, Vorname des Mitglieds | Geburtsdatum    |

**Angabe der Vorversicherungszeiten**

| Zeitraum             | versichert bei folgender Krankenkasse | Pflicht                  | Rentner                  | Freiwillig               | Familienversicherung     | Nicht bzw. Privat        |
|----------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wahltarif: Beitragsrückerstattung (Teilnahme ist freiwillig und kostenfrei)**

Damit haben Sie Anspruch auf Rückzahlung von 1/12 des im Kalenderjahr gezahlten, freiwilligen Krankenversicherungsbeitrages (max. 600 EUR), wenn Sie und mitversicherte Angehörige (über 18 Jahre) im Kalenderjahr keine Leistungen außer Vorsorge/Prävention in Anspruch genommen haben. Es muss mindestens eine dreimonatige, freiwillige Versicherung bestanden haben. Der Tarif läuft 1 Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wird er nicht 1 Monat vor Ablauf gekündigt. Während der Laufzeit des Wahltarifes ist ein Wechsel der Krankenkasse nicht möglich.

► Ich beantrage den Wahltarif Beitragsrückerstattung (bitte treffen Sie in jedem Fall eine Wahl)

Ja  Nein  Ich möchte vorab weitere Informationen zu diesem Wahltarif. Bitte senden Sie mir kostenlose Infos zu.

**Angaben zu Kindern / Familienversicherung**

Für (freiwillige) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgrund des Kinderberücksichtigungsgesetzes mit Vollendung des 23. Lebensjahres in der Pflegeversicherung ein Zuschlag von 0,25 % erhoben. Dieser Zuschlag entfällt, sofern ein Nachweis der Elterneigenschaft erbracht wird. Bitte legen Sie einen solchen Nachweis (z. B. in Form einer Geburtsurkunde) diesem Antrag bei oder senden ihn zeitnah nach.

Ich habe  Kinder. Davon sind zur Zeit  unterhaltsberechtig. (Bitte auch dann angeben, wenn Ihre Kinder bereits volljährig sind!)

► Sofern Angehörige kostenfrei mitversichert werden sollen:

Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.  Ein Antrag auf Familienversicherung liegt diesem Antrag bei.

**Zahlung der Beiträge / SEPA-Lastschriftmandat (Salus BKK Gläubiger-ID: DE62ZZZ00000053464)**

- Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen.
- Hiermit ermächtige ich die Salus BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salus BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Beiträge werden jeweils zum 15. des Folgemonats von folgendem Konto abgebucht werden:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kontoinhaber/in      | Geldinstitut         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| IBAN                 | BIC                  |

Ort, Datum

X  
Unterschrift des Kontoinhabers**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)

► Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen.

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 9, 206, 240, 241 bis 243 und § 248 Abs. 2 SGB V sowie § 50 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Die Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden.

Ort, Datum

X  
Unterschrift des Mitglieds**Wichtige Hinweise zu Beiträgen freiwillig Versicherter:**

Die Beitragsbemessung erfolgt nach Ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dazu gehören sämtliche Einnahmen zum Lebensunterhalt. Bei Einkünften aus der selbstständigen Tätigkeit ist der steuerliche Gewinn maßgebend. Ein Verlustausgleich zwischen verschiedenen Einkunftsarten ist nicht zulässig.

**Bitte beachten:**  
Schüler/Studenten haben neben Verdienstscheinweisen eine aktuelle Schul-/Studienbescheinigung beizufügen.

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.**

