

Der schnellste Weg zur Salus BKK



Ergänzen Sie die Antragsunterlagen und senden Sie diese unterschrieben an Meine-Krankenkasse-wechseln

Post: Meine-Krankenkasse-wechseln
Kai Hoffmann
Georg-Raloff-Ring 2
22309 Hamburg

E-Mail: Antrag@Meine-Krankenkasse-wechseln.de

Fax: 040 2286 2176 9



Die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse können Sie an Meine-Krankenkasse-wechseln oder direkt an Ihre neue Krankenkasse senden.

Ich möchte zum T T M M J J J J Mitglied der Salus BKK 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!
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

Ich lade mein Bild online hoch: 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 gewerbl. Arbeitnehmer/in arbeitslos (ALG I/II)

Name des Arbeitgebers T T M M J J J J Beginn der Beschäftigung

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

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

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 T T M M J J J J Höhe (*freiwillige Angabe*)

Rentenbezieher / Rentenanspruchssteller

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

Angaben zur Vorversicherung (*bitte Kündigungsbestätigung beilegen bzw. zeitnah nachreichen*)

Ich war in der Zeit vom T T M M J J J J bis T T M M J J J J wie folgt versichert:

Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse

pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert sonstiges: _____

Aus welchem Grund bestand eine private Versicherung?

Selbstständigkeit ▶ Wurde diese aufgegeben? Nein Ja ▶ (Wenn ja, bitte Gewerbeabmeldung beilegen!)

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

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. T T M M J J J J Steueridentifikationsnummer (TIN)

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

 Unterschrift

Für interne Zwecke

Vermittlernummer

Agentur