

## Mitglied werden bei der Salus BKK

### In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
  - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/78>
  - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
  - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
  - per Post: Bitte schicken an
- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

**Kassensuche GmbH**  
Zentraler Antragservice  
Vilbeler Landstraße 186  
60388 Frankfurt

**Hinweise:** Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.  
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.  
Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

Ich möchte zum  Mitglied der Salus BKK werden.

## Persönliche Angaben

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

Name, Vorname   
Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

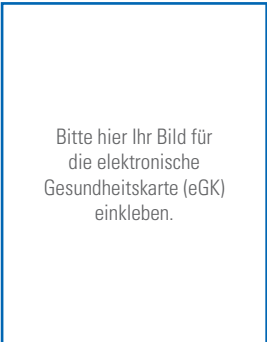
Postleitzahl    Ort

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)

## 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 / Rentenansragssteller

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

     
Name des Arbeitgebers Beginn der Beschäftigung

## 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

4735

Agentur

kassensuche.de

Ort, Datum

Unterschrift

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:  
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung  
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.  
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich  
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift