Mitgliedsantrag

Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

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

Persönliche Angaben

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

Name, Vorname

Geburtsdatum (T T M M J J J J)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Rentenversicherungsnummer *(bitte unbedingt angeben!)*

Geburtsort, Geburtsland & Geburtsname *(bitte unbedingt angeben!)*

◀ *Diese finden Sie z. B. auf Ihrer aktuellen Versichertenkarte!*

Bisherige Krankenversicherungsnummer

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 ☐ Bürgergeld ☐ _____

Name des Arbeitgebers

Beginn der Beschäftigung (T T M M J J J J)

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 / Rentenantragssteller

☐ Ich beziehe Rente ab / seit (T T M M J J J J)

☐ Ich habe einen Rentenantrag gestellt am (T T M M J J J J)

Art der Rente

Angaben zur Vorversicherung

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

▶ **Wurde bei der o. g. Versicherung ein Wahltarif (nach § 53 SGB V) abgeschlossen?** ☐ Nein ☐ Ja, seit (T T M M J J J J)

☐ 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 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.

☐ **Einverständniserklärung:** Ich bin damit einverstanden, dass die Salus BKK meine personenbezogenen Daten zu Informations- und Beratungszwecken speichert, verarbeitet und nutzt. Die Salus BKK darf mich hierzu kontaktieren bzw. mir Informationen zusenden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Die Einverständniserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meine Daten werden dann gelöscht.

Ort, Datum X **Unterschrift**

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.

☐ Ich besitze (z. B. wegen laufender Familienversicherung) eine eGK der Salus BKK – ein Bild liegt somit bereits vor.

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 einen 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 sowie der Fotobeschaffenheit auf: www.salus-bkk.de/egk

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 jederzeit online unter: www.salus-bkk.de/datenschutz

Für interne Zwecke

Vermittlernummer

Agentur

Salus BKK | Siemensstraße 5a | 63263 Neu-Isenburg | Kostenfreies Kundentelefon 0800 22 13 222 | www.salus-bkk.de