

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

## Persönliche Angaben

Frau  Herr  Divers

**Familienstand:**  ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

getrennt lebend

Name, Vorname

T  T  M  M  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.

## 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 Fotobeschaffung auf:  
www.salus-bkk.de/egk

## 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

T  T  M  M  J  J  J

Beginn der Beschäftigung

Anschrift des Arbeitgebers *(ggf. abweichende Anschrift der Personalabteilung angeben)*

Bruttogehalt / Monat *(freiwillige Angabe)*

Telefonnummer des Arbeitgebers

Ich bin mit meinem Arbeitgeber ver-  
wandt 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 *(freiwillige Angabe)*

Höhe *(freiwillige Angabe)*

## Rentenbezieher / Rentenantragssteller

Ich beziehe Rente ab/seit

Ich habe einen Rentenantrag gestellt am

Art der Rente

T  T  M  M  J  J  J

T  T  M  M  J  J  J

\_\_\_\_\_

## Angaben zur Vorversicherung

Ich war in der Zeit vom  T  T  M  M  J  J  J bis  T  T  M  M  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

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

\_\_\_\_\_

► 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)

## Für interne Zwecke

Vermittlernummer

\_\_\_\_\_

Agentur

\_\_\_\_\_

X  
Unterschrift

Ort, Datum