

Ich möchte zum Mitglied der Salus BKK werden.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Rentenversicherungsnummer (<i>bitte unbedingt angeben!</i>)	
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Vermittlernummer
Agentur

Ich bin tätig als Angestellte/r gewerbliche/r Arbeitnehmer/in Selbständige/r Arbeitslose/r Rentner/in oder ...

Name und Anschrift des Arbeitgebers

ggf. abweichende Anschrift der Personalabteilung/-abrechnung

Beginn der Beschäftigung

Bruttogehalt monatlich (Angabe freiwillig)

Rentenbezug ja nein ...wenn ja, Art der Rente

Ich war bei meiner bisherigen Krankenkasse aufgrund einer Erkrankung in ein besonderes Behandlungsprogramm eingeschrieben und bitte Sie um weitere Informationen zu diesbezüglichen Angeboten der Salus BKK.

Art der Erkrankung

Ich war zuletzt versichert bei folgender Krankenkasse (Name und Anschrift)

Art der Versicherung

<input type="checkbox"/> pflichtversichert	von	bis	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	von	bis
<input type="checkbox"/> freiwillige Mitgliedschaft	von	bis	<input type="checkbox"/> privatversichert	von	bis

Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse liegt bei wird nachgereicht

Telefonnummer für Rückfragen privat (Angabe freiwillig)

dienstlich (freiwillig)

ja, ich möchte den monatlichen Newsletter für Versicherte erhalten. Meine E-Mail-Adresse:

Familienversicherung für Kinder und Ehegatten Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Salus BKK
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

Service-Hotline
0180 2 221322*

*Festnetzpreis 6 Cent/Anruf; Mobilfunkpreise maximal 42 Cent/Min.