

Salus BKK
Siemensstraße 5 a
63263 Neu-Isenburg

Fax: 06102 2909-99



Dieses Formular können Sie bequem am Bildschirm ausfüllen und anschließend ausgedruckt und unterschrieben an uns senden oder faxen.

Fahren Sie mit der Maus über die einzelnen Felder, um weitere Informationen und Hinweise angezeigt zu bekommen.

*Sie haben Fragen?
Antworten erhalten Sie an unserem Kundentelefon unter:
0180 2 221322**

Änderungsmitteilung

Name, Vorname	Geburtsdatum
Versicherungsnummer	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)

Hiermit gebe ich folgende Änderung(en) bekannt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Adressänderung

Die Adressänderung ist gültig:

ab sofort ab dem (bitte Datum angeben):

für **alle** mitversicherten Familienangehörigen **nur** für die oben angegebene Person

Straße, Hausnummer (bitte beachten Sie, dass die Angabe eine Postfachs nicht möglich ist)

Postleitzahl, Ort

Namensänderung (z.B. durch Heirat oder Scheidung - in diesem Fall unbedingt entsprechenden Nachweis beilegen)

bisheriger Name

neuer Name

Nachweis (in Kopie) ist beigelegt

Nachweis wird nachgereicht

Änderung/Mitteilung der Bankverbindung (gilt **nicht** als Einzugsermächtigung)

Kontoinhaber (falls abweichend von oben genannter Person)

Geldinstitut

Kontonummer (maximal 10-stellig)

Bankleitzahl (immer 8-stellig)

Sonstige Änderung / Mitteilung

Ort, Datum

Unterschrift