



	<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J		
Name, Vorname des Mitglieds	Geburtsdatum								

## Angabe der Vorversicherungszeiten

Zeitraum	versichert bei folgender Krankenkasse	Pflicht	Rentner	Freiwillig	Familienversicherung	Nicht bzw. Privat
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wahltarif: Beitragsrückerstattung (Teilnahme ist freiwillig und kostenfrei)

Damit haben Sie Anspruch auf Rückzahlung von 1/12 des im Kalenderjahr gezahlten, freiwilligen Krankenversicherungsbeitrages (max. 600 EUR), wenn Sie und mitversicherte Angehörige (über 18 Jahre) im Kalenderjahr keine Leistungen außer Vorsorge/Prävention in Anspruch genommen haben. Es muss mindestens eine dreimonatige, freiwillige Versicherung bestanden haben. Der Tarif läuft 1 Jahr und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wird er nicht 1 Monat vor Ablauf gekündigt. Während der Laufzeit des Wahltarifes ist ein Wechsel der Krankenkasse nicht möglich.

▶ Ich beantrage den Wahltarif Beitragsrückerstattung (bitte treffen Sie in jedem Fall eine Wahl)

Ja  
  Nein  
  Ich möchte vorab weitere Informationen zu diesem Wahltarif. Bitte senden Sie mir kostenlose Infos zu.

## Angaben zu Kindern / Familienversicherung

Für (freiwillige) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgrund des Kinderberücksichtigungsgesetzes mit Vollendung des 23. Lebensjahres in der Pflegeversicherung ein Zuschlag von 0,25% erhoben. Dieser Zuschlag entfällt, sofern ein Nachweis der Elterneigenschaft erbracht wird. Bitte legen Sie einen solchen Nachweis (z. B. in Form einer Geburtsurkunde) diesem Antrag bei oder senden ihn zeitnah nach.

Ich habe  Kinder. Davon sind zur Zeit  unterhaltsberechtig. (Bitte auch dann angeben, wenn Ihre Kinder bereits volljährig sind!)

▶ Sofern Angehörige kostenfrei mitversichert werden sollen:

Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.  
  Ein Antrag auf Familienversicherung liegt diesem Antrag bei.

## Zahlung der Beiträge / SEPA-Lastschriftmandat (Salus BKK Gläubiger-ID: DE62ZZZ00000053464)

- Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen.
- Hiermit ermächtige ich die Salus BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Salus BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Beiträge werden jeweils zum 15. des Folgemonats von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber/in	Geldinstitut
IBAN	BIC

Ort, Datum
X
Unterschrift des Kontoinhabers

## 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)

▶ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen.

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 9, 206, 240, 241 bis 243 und § 248 Abs. 2 SGB V sowie § 50 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. 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)

Ort, Datum
X
Unterschrift des Mitglieds

### Wichtige Hinweise zu Beiträgen freiwillig Versicherter:

Die Beitragsbemessung erfolgt nach Ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dazu gehören sämtliche Einnahmen zum Lebensunterhalt. Bei Einkünften aus der selbstständigen Tätigkeit ist der steuerliche Gewinn maßgebend. Ein Verlustausgleich zwischen verschiedenen Einkunftsarten ist nicht zulässig.

**Bitte beachten:**  
 Schüler/Studenten haben neben Verdienstscheinweisen eine aktuelle Schul-/ Studienbescheinigung beizufügen.