

Salus BKK  
Siemensstraße 5a  
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 kostenfreien Kundentelefon unter: **0800 22 13 222****

## 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

IBAN

BIC

**Sonstige Änderung / Mitteilung**

Ort, Datum

X

Unterschrift

**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)