

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