

Ich erkläre meine Mitgliedschaft zum

Angaben zur Person: weiblich männlich divers unbestimmt

Name, Vorname

Geburtsname

Straße, Hausnummer

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Rentenversicherungsnummer

Bundeseinheitliche Versichertennummer
(Diese finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte)

Geburtsdatum

Geburtsort/Land

Staatsangehörigkeit

Bankverbindung: IBAN / BIC / Geldinstitut (freiwillige Angabe)

Angaben für die Familienversicherung:

Familienstand _____

Kinder: Ja Nein

Ich habe Angehörige, die bei der BKK_DürkoppAdler familienversichert werden sollen Ja* Nein

Mein Ehegatte ist gesetzlich versichert Nein Ja, bei (Name der Krankenkasse) _____

*Füllen Sie bitte den Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung aus.

Ich bin/ich beziehe:

Mehrfachnennungen möglich, bitte alles Zutreffende angeben (z.B. bei Arbeitnehmern, die nebenher auch selbständig tätig sind und/oder eine Rente beziehen o.Ä.)

- Arbeitnehmer/in Bürgergeld* Beamtin/er
 Freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in Selbstständige/r eine Rente oder einen Versorgungsbezug aus dem Ausland*
 Auszubildende/r Rentner/in und/oder Versorgungsbezieher/in* Sonstiges: _____
 Arbeitslosengeld* Student/in *Bitte Bewilligungsbescheid beifügen

Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre eine einmalige Kapitalauszahlung aus einer betriebl. Altersversorgung erhalten (z.B. Direktversicherung)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

Name des Arbeitgebers

Beschäftigt ab/seit

Monatliches Bruttoentgelt

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin: mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert/verheiratet Ja Nein am Unternehmen (gesellschaftlich) beteiligt Ja Nein

Angaben zum bisherigen Versicherungsverhältnis:

Name der letzten Krankenkasse

pflichtversichert familienversichert privat versichert

PLZ, Ort

freiwillig versichert: die Beiträge zahle ich selbst
 die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber gezahlt

von

bis

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne diese Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Informationen und Hinweise zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Hier bin ich auf die BKK_DürkoppAdler aufmerksam geworden:

- Freunde und Bekannte (freiwillige Angabe)
 Werbung
 Internet
 Anzeige (Zeitung/Magazin)
 Veranstaltung: _____
 Sonstiges: _____