

Beitrittserklärung zum Wahltarif BKK CashBack

- Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Wahltarif BKK CashBack der BKK B. Braun Aesculap.

Name, Vorname des Mitglieds

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherungsnummer

Bankinstitut, IBAN, BIC

Name, Vorname des familienversicherten Ehegatten

Geburtsdatum

Name, Vorname des familienversicherten Kindes 1

Geburtsdatum

Name, Vorname des familienversicherten Kindes 2

Geburtsdatum

- › Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von der BKK B. Braun Aesculap aufgeklärt wurde. Die Teilnahme an diesem Wahltarif kann ich erstmals ohne Angabe von Gründen schriftlich einen Monat vor Ablauf der einjährigen Bindungsfrist kündigen. Erfolgt keine Kündigung, so verlängert sich dieser Tarif um jeweils ein weiteres Jahr. Näheres ist in der Satzung geregelt.
- › Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen des Wahltarifes BKK CashBack ermittelten Daten aufgezeichnet und elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden für Abrechnungszwecke und zur Qualitätssicherung zusammengeführt. Beim Umgang mit den Daten der ärztlichen Behandlung werden die Grundsätze des Datenschutzes eingehalten. Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail/Telefonnummer) sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden. Dazu genügt eine formlose Nachricht an uns. Diese Angaben werden ausschließlich zur Erledigung der gesetzlichen Aufgaben verwendet.
- › Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Informationen zum Wahltarif BKK CashBack gelesen habe und die Inhalte akzeptiere.

Datum, Unterschrift

Telefonnummer (freiwillig)