

Aufnahmeantrag

Ich möchte zum Mitglied werden.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Geschlecht m w d

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Geburtsdatum und -ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	Rentenversicherungsnummer	Steueridentifikationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon, privat/dienstlich (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)	IBAN (freiwillig)

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

<input type="text"/>		
Name meiner jetzigen Krankenkasse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich bin dort versichert seit	Versichertennummer, siehe Gesundheitskarte	Name der Krankenkasse meines Ehepartners
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich bin dort wie folgt versichert (Angabe für die vergangenen 12 Monate)	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert
Mein Versicherten-Status	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Freiwilliges Soziales Jahr	<input type="checkbox"/> Perspektive Plus <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r		
Ich beziehe Rente/Versorgungsbezüge	Ich habe Kinder	Ich befinde mich in Elternzeit
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Bescheide beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte Angehörige (Ehepartner, Kinder) beitragsfrei familienversichern		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Rückseite ausfüllen)

MEIN ARBEITGEBER

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name meines Arbeitgebers	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (freiwillig)	Ansprechpartner Personalabteilung (freiwillig)	Ich bin beschäftigt seit

Ich möchte das Mitgliedermagazin INFO künftig digital lesen und werde über die Verfügbarkeit jeweils per E-Mail informiert.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift neues Mitglied

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Die Erhebungen erfolgen aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches zur Durchführung der Mitgliedschaft (§§ 284, 288 SGB V; §§ 94, 99 SGB XI). Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die freiwillig gemachten Angaben können jederzeit widerrufen werden, dazu genügt eine formlose Nachricht an die BKK B. Braun Aesculap.

MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER

Ich bin bereits bei der BKK B. Braun Aesculap versichert und habe das oben genannte Mitglied geworben. Das neue Mitglied ist mit der Empfehlung einverstanden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname, Vorname	Bankinstitut	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	IBAN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Telefonnummer für evtl. Rückfragen (freiwillig)	Unterschrift werbendes Mitglied

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen an uns zurück: BKK B. Braun Aesculap, Grüne Straße 1, 34212 Melsungen

