

# 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 <b>neues Mitglied</b>

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 <b>werbendes Mitglied</b>

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

