

Aufnahmeantrag

Ich möchte zum

Datum

Mitglied der BKK Stadt Augsburg werden!

Personalien		
Name, Vorname, ggf. Geburtsname		Geburtsdatum und Geburtsort
Rentenversicherungsnummer		
Anschrift		
Telefonnummer	Familienstand	Krankenkasse des Ehegatten
Name des Rentenversicherungsträgers		Beginn des Rentenbezuges
Ich beziehe einen Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Zahlstelle bzw. der Zahlstellen:		
Ich erziele Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)		<input type="checkbox"/> Ja (bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen!) <input type="checkbox"/> Nein
Name der bisherigen Krankenkasse		von / bis
Ich war bisher		
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Privat krankenversichert		
<input type="checkbox"/> familienversichert bei: _____		

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Stadt Augsburg notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.bkk-stadt-augsburg.de oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.