BEITRITTSERKLÄRUNG

BKK Werra-Meissner
Straßburger Str. 5
37269 Eschwege

Fax: **05651 7451-999**
E-Mail: **info@bkk-wm.de**
Haben Sie Fragen?
Service-Telefon: **05651 7451-888**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

JA, ICH MÖCHTE BKK WERRA-MEISSNER MITGLIED WERDEN AB

TT MM JJJJ

PERSÖNLICHE ANGABEN

◯ Frau ◯ Herr ◯ Sonstiges		Titel	
Vorname		Nachname	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße	Nr.	PLZ	Wohnort
Geburtsort	Geburtsland		Staatsangehörigkeit
Krankenversicherungsnummer		Sozialversicherungsnummer	
Steueridentifikationsnummer		E-Mail	
Telefon		Handy	

Name der Bank
IBAN D E
BIC (nur bei Auslandskonto)

ANGABEN ZUM FAMILIENSTAND

Familienstand
◯ ledig ◯ verheiratet ◯ Lebenspartnerschaft ◯ verwitwet ◯ geschieden ◯ getrennt lebend ◯ verwaist

◯ Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen	Antrag auf Familienversicherung: ◯ liegt bei ◯ wird nachgereicht ◯ bitte zusenden

RENTENBEZUG

☐ Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.	☐ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).
☐ Ich erhalte Pflegeleistungen.	☐ Ich beziehe eine Auslandsrente.

LICHTBILD FÜR IHRE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Senden Sie uns Ihr Foto ganz einfach per Mail an info@bkk-wm.de

BEITRITTSERKLÄRUNG

BKK WERRA-MEISSNER

ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG

Ich war zuletzt versichert bei	◯ Ich bin bisher familienversichert über
◯ Ich bin nicht gesetzlich versichert	Name des Hauptversicherten
◯ Ich komme aus dem Ausland	Geburtsdatum des Hauptversicherten

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

◯ Ich bin Arbeitnehmer/in

◯ Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab

.....

Arbeitgeber

Straße | Nr.

PLZ | Ort

Telefonnummer

Der Arbeitgeber ist mit mir verwandt/ verschwägert bzw. mein/e Lebenspartner/in

◯ ja ◯ nein

☐ Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

☐ Ich befinde mich zur Zeit in Elternzeit

☐ Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)

.....

☐ Ich beziehe Leistungen von dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum)

.....

☐ Ich übe eine weitere Beschäftigung aus

☐ Ich übe nebenbei eine selbständige Tätigkeit aus

Ich bin aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts

◯ versicherungspflichtig

◯ versicherungsfrei

Das Arbeitsverhältnis besteht seit

FREUNDSCHAFTSWERBUNG

Ich wurde geworben durch

IBAN des Werbers für Prämie

D E

BIC (nur bei Auslandskonto)

☐ Ich bin einverstanden, dass Sie meine zur Meldung verpflichtete Stelle (z. B. Arbeitgeber oder Jobcenter) über meinen Krankenkassenwechsel informieren.

UNTERSCHRIFT

Ort	Datum	Unterschrift
		X

Datenschutzhinweis:
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Werra-Meissner notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Homepage www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der BKK Werra-Meissner auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.