

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 Arbeitgebers		Beginn der Beschäftigung / Beruf
Anschrift des Arbeitgebers		
Telefonnummer des Arbeitgebers		Ansprechpartner
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: _____		
Auszubildender <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rentenbezieher <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bitte unbedingt Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen (wenn vorher gesetzlich versichert). Danke!		

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.