

Mitgliedsantrag Berufstätige | Auszubildende

Ja, ich möchte ab dem **Mitglied der BKK firmus werden!**

Persönliche Angaben: Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon privat | Telefon mobil

E-Mail

Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

sonst: Geburtsort, -land | Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Familienstand
 ledig verheiratet getrennt lebend geschieden
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Lichtbild für die eGK:

Das Passfoto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

lege ich bei reiche ich nach liegt bereits vor

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis:

Meine bisherige Krankenkasse

Ort

von | bis

Versichertennummer (Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte.)

Art der bisherigen Versicherung
 pflichtig freiwillig privat familienversichert

Die Kündigungsbestätigung
 lege ich bei reiche ich nach

Angaben zur Familie:

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern: Ja Nein
 Ehegatte Lebenspartner Kind/er

Den Antrag auf Familienversicherung
 lege ich bei reiche ich nach bitte zusenden

Nachname, Vorname des Ehegatten/Partners

Krankenkasse des Ehegatten/Partners

Angaben für die Versicherung bei der BKK firmus:

Ich bin tätig als | beschäftigt seit/ab dem

Name des Arbeitgebers

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Mein monatliches Bruttoentgelt beträgt ca. €

Zusätzliche Angaben:

- Es handelt sich um meine erste Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in
 Ich bin Gesellschafter/-in und/oder Geschäftsführer/-in einer GmbH

Rentenbezug:

- Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension).

von: _____

Datenschutz und Einwilligung:

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ja, ich bin damit einverstanden, dauerhaft, auch nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses bzw. einer erfolgten Kündigung, über Versorgungsformen, Produkte und Leistungen der BKK firmus und deren Kooperationspartner postalisch, per E-Mail und/oder telefonisch informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten zu diesem Zwecke stimme ich hiermit zu. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

x

Datum

Unterschrift