

# MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied der SIEMAG BKK werden ab \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**VIelfältig. INNOVATIV. PERSÖNLICH.**

## PERSÖNLICHE DATEN

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ RV-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsname und Geburtsort sind nur erforderlich, wenn keine Rentenversicherungsnummer (RV-Nummer) angegeben werden kann.

## ART DER VERSICHERUNG

Ich bin

- Auszubildende/r  Arbeitnehmer/in
- Student/in  freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
- Arbeitslosengeldempfänger/in  Selbständige/r
- Ich beziehe eine Rente oder habe eine Rente beantragt
- sonstiges Mitglied seit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber

Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

Ich wechsle den Arbeitgeber zum \_\_\_\_\_

## VORVERSICHERUNG

Ich war in den letzten 18 Monaten wie folgt versichert:

Von	bis	Krankenkasse	wie versichert
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert

## FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige (Ehe- / Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Kinder) mitversichern.

Der Antrag auf Familienversicherung  liegt bei  wird nachgereicht  senden Sie mir bitte zu.

## ERGÄNZENDE ANGABEN ZUM NEUEN MITGLIED Die Angaben sind freiwillig.

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

## DATENSCHUTZ

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 DSGVO erhalten.

## UNTERSCHRIFT DES NEUEN MITGLIEDS

Ihre Unterschrift wird zu Ihrer Authentifizierung gespeichert

Datum, \_\_\_\_\_

Unterschrift

