

MITGLIEDSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied der SIEMAG BKK werden ab ____ . ____ . ____

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 _____

Anschrift des Arbeitgebers

Firma _____

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

VORVERSICHERUNG

Ich war in den letzten 18 Monaten wie folgt versichert:

Von	bis	Krankenkasse	versichert als
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Datum, Unterschrift  _____