

# MITGLIEDSERKLÄRUNG

Declaration of Membership



Ich möchte Mitglied der SIEMAG BKK werden  frühestmöglich  ab Datum: \_\_\_\_\_  
 I would like to be insured with the SIEMAG BKK earliest possible henceforth

## PERSÖNLICHE DATEN personal data

Vorname <small>first name</small>	.....	Nachname <small>name</small>	.....
Straße <small>street</small>	.....	PLZ, Ort <small>postcode, city</small>	.....
Geburtsdatum <small>date of birth</small>	.....	RV-Nummer <small>pension insurance number</small>	.....
Geburtsname <small>name at birth (required only if no pension insurance number is available or known)</small>	.....	Geburtsort <small>place of birth (required if no pension insurance no. is available or known)</small>	.....

## ART DER VERSICHERUNG type of insurance

**Ich bin I am**

Auszubildender  
apprentice/trainee

Arbeitnehmer  
employee

Student → Bitte fügen Sie eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung mit Angabe der Semesteranzahl bei.  
undergraduate pls. include a valid matriculation statement

Selbständiger  
self-employed

sonstiges Mitglied  
other

**Anschrift des Arbeitgebers  
employer (with address)**

Firma company  
.....

PLZ postcode      Ort city  
.....

Straße street  
.....

## VORVERSICHERUNG previous insurance

**Ich war in den letzten 18 Monaten wie folgt versichert: In the last 18 months I was insured as follows:**  
 Falls Sie in den letzten 18 Monaten selbst Mitglied einer Krankenkasse waren, fügen Sie bitte die Kündigungsbestätigung bei.  
 If you yourself have been insured with another health insurance provider in the last 18 months, please enclose a confirmation of termination.

<small>von from</small>	<small>bis to</small>	<small>Krankenkasse insurance provider</small>	<small>versichert als type of insurance</small>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## ERGÄNZENDE ANGABEN ZUM NEUEN MITGLIED Diese Daten dienen zur Leistungserstattung / Die Angaben dieser Daten ist freiwillig. supplementary information - disclosure is voluntary

Telefon <small>phone</small>	.....	E-Mail	.....
IBAN <small>IBAN (bank account)</small>	.....	BIC <small>BIC (bank account)</small>	.....

## UNTERSCHRIFT DES NEUEN MITGLIEDS signature

Datum, Unterschrift  
date, signature

.....

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten ist für die Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.  
 We require your personal data for implementing the health and nursing care insurance for you. The data shall be collected in accordance with the regulations of the Social Code („Sozialgesetzbuch“) and stored on data storage devices. It goes without saying that the information provided by you will be dealt with confidentially and ist subject to data protection.

Bitte Original per Post oder Fax zurück. Fax: 02733 2978-2929

