

MITGLIEDSERKLÄRUNG



Ich möchte ab Mitglied der SIEMAG BKK werden.

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

- Auszubildender
 Arbeitnehmer
 Student → Bitte fügen Sie eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung mit Angabe der Semesteranzahl bei.
 Selbständiger
 sonstiges Mitglied

Anschrift des Arbeitgebers

Firma
PLZ Ort
Straße

VORVERSICHERUNG

Ich war in den letzten 18 Monaten wie folgt versichert:

Falls Sie in den letzten 18 Monaten selbst Mitglied einer Krankenkasse waren, fügen Sie bitte die Kündigungsbestätigung bei.

von	bis	Krankenkasse	versichert als
.....
.....

ICH WURDE GEWORBEN VON Die Angaben dieser Daten ist freiwillig.

Vorname Nachname
Straße IBAN
PLZ, Ort BIC

ERGÄNZENDE ANGABEN ZUM NEUEN MITGLIED Diese Daten dienen zur Leistungserstattung/ Die Angaben dieser Daten ist freiwillig.

IBAN Telefon
BIC E-Mail

UNTERSCHRIFT DES NEUEN MITGLIEDS

Datum Unterschrift

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.

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

