

MITGLIED WERDEN

Ich möchte ab dem

Mitglied der BKK MTU werden.

BKK MTU
Ihre Gesundheit treibt uns an!



Datenschutzhinweis (§67a Abs. 3 SGB X):

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten dienen zur Feststellung des Versichertenverhältnisses (§10, §284 SGB V) und werden selbstverständlich geschützt, vertraulich behandelt und auf Datenträgern gespeichert. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK Pflegeversicherung.

* Die Angabe Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig und wird nicht gespeichert. Sie werden ausschließlich zur Kontaktaufnahme bei anfallenden Rückfragen zu Ihrem Mitgliedsantrag verwendet.

HERZLICH WILLKOMMEN BEI DER BKK MTU

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon oder E-Mail *

Geburtsdatum

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Familienstand

Rentenversicherungsnummer

Sonstiges (Geburtsort, -land, -name)

Bitte beantragen Sie für mich einen Sozialversicherungsausweis

Ich beziehe eine Rente, Versorgungsbezug (Bitte Bescheid beifügen)

2. Familienversicherung

Ich möchte Angehörige (Ehepartner/in, Kinder) beitragsfrei mitversichern. Senden Sie mir dazu bitte Ihren Antrag auf Familienversicherung zu.

Mein/e Ehepartner/in ist

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

privat versichert

im Ausland versichert

bei (Krankenkasse)

3. Ich möchte mich versichern als

Arbeitnehmer/-in

Auszubildende/-r

Student/-in

Selbstständige/-r

Rentner-in

4. Mein Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers/der Hochschule

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

beschäftigt ab

mtl. Bruttogehalt

Erstmalige Beschäftigungsaufnahme in Deutschland

Wechsel der Krankenkasse aufgrund Arbeitgeberwechsel

5. Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt von

bis

bei der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer (KVNR)

selbst versichert

familienversichert über:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ich war seit _____ nicht gesetzlich versichert, weil

privat versichert

im Ausland

Ort, Datum

Unterschrift