

ICH MÖCHTE MITGLIED DER BKK ACHENBACH BUSCHHÜTTEN WERDEN

<input type="text"/>	_____	_____
Beitrittserklärung zum	Name, Vorname	Geburtsdatum

_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit	Telefonnummer (Festnetz/Mobil)*	Email-Adresse *

_____	Sofern noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde, bitte Geburtsort und Geburtsname angeben	
Rentenversicherungsnummer		

_____	Geschlecht		Familienstand			
Krankenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet

Name der Bank oder Sparkasse*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN*	BIC* des Kreditinstituts

<input type="checkbox"/> Ich war zuletzt versichert als	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Bezieher Arbeitslosengeld I/II	<input type="checkbox"/> Rentner
<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> im Ausland versichert	<input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung ist beigelegt	

_____	_____	_____
Zeitraum von	Zeitraum bis	Name der Krankenkasse

Ich beziehe Rente (Waisenrente, Hinterbliebenenrente, Erwerbsunfähigkeitsrente)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Arbeitgeber

Mein Arbeitgeber

Anschrift/Postfach

Postleitzahl, Ort

_____	Auszubildender	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausgeübte Tätigkeit / Beruf			

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung.

<input type="checkbox"/> Meine Steueridentifikationsnummer (IdNr.) lautet:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Die geforderte IdNr. liegt nicht griffbereit zur Hand. Bitte fordern Sie die IdNr. beim Bundeszentralamt für Steuern an.	

Familienservice

<input type="checkbox"/> Meine Familienangehörigen sollen beitragsfrei mitversichert werden. Bitte senden Sie mir einen Familienfragebogen zu.
<input type="checkbox"/> Mein(e) Ehemann / Ehefrau ist selbst Mitglied einer anderen Kasse und möchte auch bei Ihnen versichert werden. Bitte nehmen Sie deshalb mit uns Kontakt auf.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben in den mit * gekennzeichneten Feldern sind freiwillig.