

## Ich erkläre meine Mitgliedschaft zum

**Angaben zur Person:**  weiblich  männlich  divers  unbestimmt

Name, Vorname

Geburtsname

Straße, Hausnummer

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Rentenversicherungsnummer

Bundeseinheitliche Versichertennummer  
(Diese finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte)

Geburtsdatum

Geburtsort/Land

Staatsangehörigkeit

Bankverbindung: IBAN / BIC / Geldinstitut (freiwillige Angabe)

## Angaben für die Familienversicherung:

Familienstand \_\_\_\_\_

Kinder:  Ja  Nein

Ich habe Angehörige, die bei der BKK\_DürkoppAdler familienversichert werden sollen  Ja\*  Nein

Mein Ehegatte ist gesetzlich versichert  Nein  Ja, bei (Name der Krankenkasse) \_\_\_\_\_

\*Füllen Sie bitte den Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung aus.

## Ich bin/ich beziehe:

Mehrfachnennungen möglich, bitte alles Zutreffende angeben (z.B. bei Arbeitnehmern, die nebenher auch selbständig tätig sind und/oder eine Rente beziehen o.Ä.)

- Arbeitnehmer/in  Bürgergeld\*  Beamtin/er  
 Freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in  Selbstständige/r  eine Rente oder einen Versorgungsbezug aus dem Ausland\*  
 Auszubildende/r  Rentner/in und/oder Versorgungsbezieher/in\*  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Arbeitslosengeld\*  Student/in \*Bitte Bewilligungsbescheid beifügen

Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre eine einmalige Kapitalauszahlung aus einer betriebl. Altersversorgung erhalten (z.B. Direktversicherung)

## Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

Name des Arbeitgebers

Beschäftigt ab/seit

Monatliches Bruttoentgelt

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin: mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert/verheiratet  Ja  Nein am Unternehmen (gesellschaftlich) beteiligt  Ja  Nein

## Angaben zum bisherigen Versicherungsverhältnis:

Name der letzten Krankenkasse

pflichtversichert  familienversichert  privat versichert

PLZ, Ort

freiwillig versichert:  die Beiträge zahle ich selbst  
 die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber gezahlt

von

bis

## Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne diese Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Informationen und Hinweise zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

### Hier bin ich auf die BKK\_DürkoppAdler aufmerksam geworden:

- Freunde und Bekannte (freiwillige Angabe)  
 Werbung  
 Internet  
 Anzeige (Zeitung/Magazin)  
 Veranstaltung: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_