

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte ab dem _____ Mitglied der BKK MEDICUS werden.

Angaben zur Person

Titel Vorname Name		Rentenversicherungsnummer (sofern bekannt)	Geburtsdatum
Straße Hausnummer		Steuer-Identifikationsnummer	
Postleitzahl Wohnort		Telefon	
Geburtsort	Geburtsname	E-Mail	

Mein Ehegatte ist gesetzlich privat versichert

bei _____
Name der Krankenkasse

Meine Bankverbindung (Für Erstattungen)

Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer
--------------	--------------	-------------

Familienstand
 ledig verheiratet geschieden verwitwet

Ich bin kinderlos
 ja nein (Bitte Geburtsurkunde beifügen)

Sollen Familienangehörige mitversichert werden?
 ja (Bitte Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)

Angaben zur Vorversicherung in den vergangenen 18 Monaten

Ich war zuletzt pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert

von: _____ bis: _____

familienversichert durch

 Vorname Name

bei: _____
 Name der Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

Angaben zur selbständigen Tätigkeit

Firmenname	Gewerbeanmeldung zum
Anschrift	Telefon dienstlich
Höhe der Bruttoeinnahmen: _____ € (monatlich) (Bitte aktuellen Steuerbescheid beifügen)	E-Mail

Ich erhalte einen Gründungszuschuss
 ja (Bitte Bescheid beifügen) nein

Angaben zur Beitragszahlung

Ich erteile Ihnen die Erlaubnis, meinen monatlichen Beitrag einzuziehen:

Kontoinhaber	Bankleitzahl
Geldinstitut	Kontonummer

Erstmals einzuziehen ab: _____

 Unterschrift Kontoinhaber

Einwilligung und Datenschutz

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Über künftige Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren.
 Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten dauerhaft, auch über eine Beendigung der Versicherung oder eine erfolgte Kündigung hinaus oder bis auf Widerruf zur schriftlichen und ggf. auch telefonischen Kontaktaufnahme durch die BKK MEDICUS gespeichert und genutzt werden dürfen, um mich über Produkte und Leistungen zu informieren und zu beraten.
 Ich willige ein, dass die BKK MEDICUS im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen in Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien (§ 242 SGB V) an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich gegenüber der BKK MEDICUS widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der BKK MEDICUS vorliegen.

BKK MEDICUS
Fax: 0351 6527799
Servicetelefon: 0180 2 231257*

* 6ct/ Anruf aus dem deutschen Festnetz; Mobilfunkhöchstpreis 42ct/ Min.

Bitte senden Sie mir das kostenfreie BKK MEDICUS Magazin zu.

ja nein

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------