

Mitgliedschaftsantrag



Ihre Krankenkasse
mit Herz und Verstand

Ja, ich werde Mitglied ab dem _____ bzw.
zum nächstmöglichen Termin.

Ihre persönlichen Angaben

Geschlecht weiblich männlich

Familienstand

Name

Telefon¹

Vorname

E-Mail¹

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

Geburtsort

Rentenversicherungsnummer

Geburtsland

Steueridentifikationsnummer

Straße,
Hausnummer
PLZ, Ort

Ja, der Übermittlung meiner Beiträge an die Finanzverwaltung stimme ich zu.

Wie waren Sie bisher versichert?

pflichtversichert

familienversichert

freiwillig versichert

privat versichert

im Ausland

Wo waren Sie bisher versichert?

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ versichert bei der _____
(Name und Sitz der Krankenkasse)

Ich habe meine Krankenkasse zum _____ gekündigt. Die Kündigungsbestätigung liegt bei. reiche ich nach.

Angaben zu Ihrer Versicherung bei uns*

Ich bin Arbeitnehmer/in

Auszubildende/r

Künstler/in

Rentner/in

Rentenantragsteller/in

Bezieher/in von Arbeitslosengeld

Bezieher/in von Arbeitslosengeld II

Sonstiges (z. B. FSJ, FÖJ)

Name Arbeitgeber/ Arbeitsagentur/ Jobcenter/ Rentenversicherung

Betriebsnummer / Kundennummer

Ich bin Ehegattin/ Ehegatte

Nachkomme des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Ansprechpartner/in

Beziehen Sie zusätzlich folgende Einnahmen?*

Nein

Ja, und zwar:

Rente/n

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/ Pension)

gesetzliche Rente/n aus dem Ausland

Arbeitseinkommen (selbständige Tätigkeit)

Grundsicherung/ Sozialgeld/ Hilfe zum Lebensunterhalt

Sonstiges

Ja, ich wünsche die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen, die nicht selbst krankenversichert sind.

hiermit beantrage ich einen Sozialversicherungsausweis.

Ja, ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die atlas BKK ahlmann meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Leistungen und Services der atlas BKK ahlmann – auch telefonisch und per E-Mail oder Fax – zu informieren.

Ja, ich möchte den Newsletter der atlas BKK ahlmann erhalten. Bitte nutzen Sie zu diesem Zweck die oben genannte E-Mail-Adresse.

Datum, Unterschrift _____

Kundenberater/in _____

Nutzen Sie die Chance und teilen Sie uns wichtige Besonderheiten mit. Wir kümmern uns um den Rest!

(zum Beispiel: Bezug von Krankengeld, wichtige Hilfsmittel, bereits genehmigte Dauerbehandlungen, mehrere Arbeitgeber, Zuzahlungsbefreiung, etc.)

*Bitte denken Sie daran, aktuelle Bewilligungsbescheide und Nachweise beizufügen. Herzlichen Dank.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich und beruht auf § 175 i. V. m. § 284 Sozialgesetzbuch V und § 50 i. V. m. § 94 Sozialgesetzbuch XI. Die Angabe Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen den geltenden rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter: www.abKka.de/datenschutz.