

Mitgliedschaftsantrag

Ja, ich möchte ab _____ Mitglied der BERGISCHEN KRANKENKASSE werden.

Zum gewünschten Mitgliedschaftsbeginn findet ein Statuswechsel statt ja nein
(z. B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosigkeit, Beginn Rente)

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort _____

Telefon (freiwillige Angabe) _____

Mobil (freiwillige Angabe) _____

Geburtsdatum _____

E-Mail (freiwillige Angabe) _____

Versichertennummer _____

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand _____

IBAN (für Leistungserstattungen) _____

Zuletzt war ich selbst versichert familienversichert

Ich möchte meine Familienangehörigen mitversichern

bei _____

Name der Krankenkasse

ja nein

Bei der BERGISCHEN KRANKENKASSE versichere ich mich wie folgt

Pflichtmitglied freiwilliges Mitglied als _____

Ich beziehe eine Rente (Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen.)

ja nein

Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus

ja nein

Die Beitragstragung erfolgt durch

Arbeitgeber mich Künstlersozialkasse

Mein Ehepartner ist selbst versichert und Mitglied bei der _____

(freiwillige Angabe)

Auf die BERGISCHE wurde ich aufmerksam durch _____

(freiwillige Angabe, z. B. Aktionstag, Arbeitgeber, Vermittler inkl. Name und Beraternummer, Internet, Empfehlung von, Sonstiges)

Mein Arbeitgeber (bzw. Universität, Ausbildungsbetrieb etc.) _____

Name _____

Ansprechpartner _____

Betriebsnummer _____

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort _____

Telefon _____

beschäftigt mich als _____

Beschäftigungsort _____

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der Pflegeversicherung.

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Nach §§ 198 bis 206 SGB V sind Sie zur Angabe der Daten verpflichtet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die **BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen** oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de. Die in ******* gesetzten Worte bitte wieder direkt als Variable innerhalb des Textbausteins hinterlegen, damit zukünftige Änderungen hier direkt zentral erfolgen können.

Vorbereitet für ein Fensterkuvert

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine oben angegebenen freiwilligen Daten genutzt werden, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können. Empfänger der Daten können von der BERGISCHEN beauftragte Dienstleister sein. Die Verarbeitung meiner freiwilligen Daten kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen

BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Ort, Datum, **Unterschrift** _____

Zur internen Verarbeitung / Beraternummer _____