

# Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied der KARL MAYER Betriebskrankenkasse werden ab \_\_\_\_\_

## Anlass meines Antrags

- Ich möchte die Mitgliedschaft bei meiner jetzigen Krankenkasse kündigen
- Ich möchte die Mitgliedschaft bei meiner jetzigen Krankenkasse wegen Sonderkündigungsrecht (Beitragserhöhung) kündigen
- Ich möchte die Krankenkasse sofort wechseln, da es eine Veränderung in meinem Versicherungsverhältnis gibt  
(z.B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosigkeit)
- Beginn Versicherungspflicht nach einer Familienversicherung

<b>Name (Geburtsname):</b>		<b>Vorname:</b>	<b>Titel:</b>
<b>Straße:</b>		<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Geschlecht:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Rentenversicherungsnummer (RVNR):</b>	<b>Familienstand:</b>	<b>Kinder:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Geburtsname:</b>	<b>Angaben sind zwingend notwendig:</b> <b>Geburtsort:</b>		<b>Geburtsland:</b>
			<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Bisherige Krankenversicherung:</b> Name/Anschrift			
			Ich bin dort aktuell <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
Ich habe bei dieser Kasse ein Wahltarif abgeschlossen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Ich bin  Beschäftigte(r)  Auszubildende(r)  in Elternzeit  im Arbeitslosengeldbezug

<b>Arbeitgebername bzw. bei Arbeitslosengeldbezug Name der/des Arbeitsagentur/Jobcenter:</b>	<b>seit:</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Ansprechpartner:</b>

Selbständig  Rentner(in)  Student(in)  freiwilliges Mitglied als \_\_\_\_\_

Ich beziehe aktuell eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.  Ich habe eine Rente beantragt

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension).

**Meine Familienangehörigen möchte ich kostenlos bei der KARL MAYER BKK mitversichern.** Bitte senden Sie mir einen Fragebogen.

## Freiwillige Angaben:

<b>Telefonnummer privat:</b>	<b>Telefonnummer dienstlich:</b>
<b>IBAN:</b>	<b>BIC:</b>
<b>Name der Bank:</b>	
<b>Steueridentifikations-Nummer (Steuer-ID):</b>	<b>E-Mail:</b>

**Bitte wenden**

**Einwilligung:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten genutzt werden, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Themen im Gesundheits- oder Versicherungsbereich zu informieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.

Ich willige ein, dass die KARL MAYER Betriebskrankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steuer-ID erfragen darf, soweit ich diese nicht angegeben habe, und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die Einwilligung ist freiwillig. Die KARL MAYER Betriebskrankenkasse unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der Beiträge für das Beitragsjahr. Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der KARL MAYER BKK vorliegen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.

**Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X):** Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, benötigen wir Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten). Grundlagen für die Datenerhebung sind § 284 SGB V und § 94 SGB XI. Freiwillige Angaben können Sie jederzeit widerrufen. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter [www.karlmayer-bkk.de/fussleiste/datenschutz](http://www.karlmayer-bkk.de/fussleiste/datenschutz) oder in Papierform - rufen sie uns an, wir senden Ihnen diese gerne zu.

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

**X**

---

**Ort, Datum****Unterschrift - Mitglied**