

Zum

Persönliche Angaben

Name, Vorname <input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Bitte ankreuzen!	Geburtsdatum <input type="text"/>
Straße / Hausnr. <input type="text"/>	PLZ / Ort <input type="text"/>	
Telefon privat / mobil <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>	
Geburtsort <input type="text"/>	Geburtsland <input type="text"/>	Geburtsname <input type="text"/>

Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Absatz 2a EStG.

Die Steueridentifikationsnummer kann von der BKK Linde bei den Finanzbehörden angefordert werden.

Bitte SteuerIdNr. mitteilen

Feststellung der Elterneigenschaft

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> nein

Familienversicherung

Sollen Familienangehörige beitragsfrei mitversichert werden? nein ja Wenn ja, bitte Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.

Arbeitgeber


Firmenname <input type="text"/>	Ansprechpartner <input type="text"/>
Straße / Hausnr. <input type="text"/>	PLZ / Ort <input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Betriebsnummer des Arbeitgebers <input type="text"/>	
Beginn der Beschäftigung <input type="text"/>	mtl. Bruttogehalt _____ €
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r, beim Arbeitsamt gemeldet (bitte Bescheid beilegen)	
<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Rentner/in (bei Erhalt von Betriebsrente / Versorgungsbezügen bitte Bescheid beilegen)	
<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)	
<input type="checkbox"/> mit Arbeitgeber verwandt / verschwägert <input type="checkbox"/> nebenbei selbstständig <input type="checkbox"/> weitere Beschäftigung mtl. _____ €	

Bisherige Krankenkasse

Name der bisherigen Krankenkasse <input type="text"/>	seit <input type="text"/>
PLZ / Ort <input type="text"/>	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied* <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied* <input type="checkbox"/> Familienversichert, über <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Wg. Auslandsversicherung <input type="checkbox"/> Wg. Auslandsbeschäftigung	
<input type="checkbox"/> Wg. Privatversicherung <input type="checkbox"/> Wg. erstmaliger Beschäftigung in Deutschland	

*Wichtig! Wenn Sie Pflichtmitglied oder freiwilliges Mitglied sind, benötigen wir eine Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse. Ohne diese kann die Mitgliedschaft bei der BKK Linde nicht beginnen. Bitte legen Sie die Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse bei.

Ja, ich möchte über aktuelle und besondere Leistungen und Serviceangebote telefonisch per E-Mail (bitte entsprechend bei „Persönliche Angaben“ eintragen) informiert werden. Zu diesem Zweck darf die BKK Linde meine persönlichen Daten speichern und nutzen. Mir ist bekannt, dass ich meine freiwillige Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Ort Datum Unterschrift 

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.