

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 bei _____
Name der Krankenkasse

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 unserer 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 und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bergische-kk.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. 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: DIE BERGISCHE Krankenkasse, 42715 Solingen.

Vorbereitet für ein Fensterkuvert

Ich bin damit einverstanden, dass die BERGISCHE meine angegebenen freiwilligen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können, auch per E-Mail und Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. (Wenn nicht zutreffend, bitte streichen.)

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Ort, Datum, Unterschrift

Zur internen Verarbeitung / Beraternummer