

BEITRITTSERKLÄRUNG

ANGABEN ZUR PERSON

(Gilt als Erklärung zur Krankenversicherung und als Mitgliedsbescheinigung der BKK MAHLE nach § 175 SGB V)

Die BKK MAHLE ist eine exklusive und geschlossene Versichertengemeinschaft für Beschäftigte im MAHLE Konzern und deren Angehörige. Da ich nicht bei dem MAHLE Konzern arbeite, wird meine Mitgliedschaft von folgendem Mitglied abgeleitet:

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK MAHLE zum

Name meines Angehörigen	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Bisherige Krankenkasse	<input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer lt. aktueller Versicherungskarte	<input type="text"/>
IBAN* (für evtl. Erstattungen)	<input type="text"/>
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail*	<input type="text"/>
Geburtsort/-land	<input type="text"/>
Familienstand*	<input type="text"/>
Renten-/ Sozialversicherungsnr.	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 12 Monate oder länger <input type="checkbox"/> kürzer als 12 Monate
	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Ich bin/werde seit/ab	<input type="text"/>	Aktuell in Elternzeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Student/in	Wenn ja, von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rentner/in	<input type="checkbox"/> Praktikant/in	<input type="checkbox"/> arbeitslos	
Name und Anschrift des Arbeitgebers	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ja, ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung (falls ja, Bescheid beifügen)	Ich habe bereits einen Rentenantrag gestellt am:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja, ich beziehe Versorgungsbezüge (falls ja, Bescheid beifügen)
Üben Sie zusätzliche oder freiberufliche Tätigkeiten aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

BEITRAGSFREIE FAMILIENVERSICHERUNG

Familienangehörige sind vorhanden ja nein Ich beantrage die Familienversicherung ja (siehe beiliegenden Antrag) nein

Hinweis: Zur Erstellung Ihrer elektronischen Gesundheitskarte benötigen wir ein Lichtbild. Bitte legen Sie dieses dem Antrag bei oder laden Sie dieses nach Erhalt Ihrer Versichertennummer unter www.bkk-mahle.de/service hoch.

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Wir benötigen die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 20 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-mahle.de/datenschutz.

Datum

Unterschrift

* Angaben sind freiwillig

ANTRAG WAHLTARIF ZUR PRIVATEN AUSLANDSREISE- KRANKENVERSICHERUNG



PERSONALIEN

Name, Vorname

Anschrift

Krankenversicherungsnummer
lt. aktueller Versicherungskarte

JA, hiermit beantrage ich die Teilnahme am Wahltarif.

JA, für meine mitversicherten Familienangehörigen soll der Wahltarif ebenfalls gelten.

LAUFZEIT

Mir ist bekannt, dass die Wahl für unbestimmte Zeit – mindestens jedoch für drei Jahre – gilt und eine Kündigung (Sonderkündigungsrecht ausgenommen) danach erst jeweils zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen kann. Der Wahltarif beginnt zum Ersten des Monats, in dem der Antrag bei der BKK MAHLE eingeht. Es gelten die Versicherungsbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die BKK MAHLE meine personenbezogenen Daten zum Zwecke des Wahltarifs zur privaten Auslandskrankenversicherung erhebt und verarbeitet. Die Daten werden an die Barmenia Krankenversicherung AG zur Bearbeitung und/oder zur Kontaktaufnahme (z. B. per Telefon, sofern ich diese freiwilligen Daten angegeben habe) weitergeleitet. Meine persönlichen Daten werden unter Beachtung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter www.bkk-mahle.de/datenschutz. Die Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Meine Widerrufserklärung kann ich an die BKK MAHLE, Pragstraße 26, 70369 Stuttgart richten.

Datum

Unterschrift