

ANGABEN ZUR PERSON

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

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK MAHLE zum

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon*

E-Mail*

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Familienstand*

Staatsangehörigkeit

Renten-/ Sozialversicherungsnr.

Bisherige Krankenkasse

von

bis

familienversichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert
 privat versichert

Krankenversicherungsnummer
lt. aktueller Versicherungskarte

Ja, ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung (falls ja, Bescheid beifügen)

Ich habe bereits einen Rentenanspruch gestellt am:

Erhalten Sie Versorgungsbezüge? (falls ja, Bescheid beifügen)

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Ich bin/werde seit/ab

Arbeitnehmer/in

Auszubildende/r

Student/in

Rentner/in

Praktikant/in

arbeitslos

Name und Anschrift des Arbeitgebers

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

Name meines Angehörigen

Üben Sie zusätzlich eine freiberufliche Tätigkeit aus?

ja nein

BEITRAGSFREIE FAMILIENVERSICHERUNG

Familienangehörige sind vorhanden

ja nein

Ich beantrage die Familienversicherung

ja (siehe beiliegenden Antrag) nein

Jedes Mitglied erhält eine kostenlose Auslandsreise-Krankenversicherung. Dazu bitte die Rückseite ausfüllen.

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.

Datum

Unterschrift

* Angaben sind freiwillig

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MAHLE erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK MAHLE und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.bkk-mahle.de/datenschutz>) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

ANTRAG PRIVATE AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG



Personalien

Name, Vorname

Anschrift

Krankenversicherungsnummer

Ja, hiermit beantrage ich die Teilnahme am Wahltarif.

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

Laufzeit · Datum · Unterschrift

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.

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MAHLE erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK MAHLE und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.bkk-mahle.de/datenschutz>) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.