

Persönliche Angaben <small>*nur notwendig, wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden</small>	Name, Vorname		Rentenversicherungsnummer			
	Geburtsname*	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden, bitte Sozialversicherungsausweis beantragen.			
	Geburtsort*		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
	Straße		<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verheiratet	
	PLZ		Wohnort	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet
	Telefonnummer ¹		weitere Personen mitversichern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
		E-Mail Adresse ¹				

Angaben zum Wechsel	<input type="checkbox"/> Kündigung/Sonderkündigung	<input type="checkbox"/> Arbeitgeberwechsel	Bitte Bescheid beifügen <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbezieher <input type="checkbox"/> Bürgergeldbezieher
Versicherungsart	<input type="checkbox"/> Beschäftigter <input type="checkbox"/> Selbstständiger	<input type="checkbox"/> Auszubildender/Dualer Student <input type="checkbox"/> Student	
<input type="checkbox"/> sonst. freiwillige Versicherung			

Angaben zu Arbeitgeber/Universität/Fachhochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter	
Name	beschäftigt / Leistungsbezug / immatrikuliert seit/ab
Straße	PLZ Ort

Sonstige Angaben	Ich beziehe eine gesetzliche Rente oder einen Versorgungsbezug <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mein regelmäßiges Jahresentgelt liegt über der Jahresentgeltgrenze <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Firmenzahler
-------------------------	--	--	--

Angaben zur bisherigen Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Pflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ich war bisher weder in Deutschland, noch in einem anderen EU-Mitgliedsstaat gesetzlich krankenversichert	Name der Krankenkasse	
	<input type="checkbox"/> Familienversicherung		<input type="checkbox"/> eigene freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/> private Versicherung

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung

Die **bkk melitta hmr** ist dazu verpflichtet Ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erfolgte Beitragserrstattungen oder ausgeschüttete Prämien der Finanzverwaltung zu melden, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können.

Grundsätzlich beginnt mit der bkk-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der bkk-Pflegeversicherung. Die Daten, die wir von Ihnen erheben, benötigen wir, um unseren gesetzlichen Aufgaben nachkommen zu können. Die Erhebung der Daten richtet sich nach den sozialgesetzlichen Vorschriften sowie nach den Vorschriften der europäischen Datenschutzgrundverordnung. **Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Homepage www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter 0571 93409-0 oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.**

Datum _____ Unterschrift _____

Einwilligung zur Datennutzung zu Marketingzwecken: Ich bin damit einverstanden, dass die bkk melitta hmr meine persönlichen Daten auch zu dem Zweck verarbeitet und nutzt, um mich zu einer Mitgliedschaft und den vielfältigen Service-Angeboten zu informieren und zu beraten.

Bitte gewünschte Art der Kontaktaufnahme ankreuzen: Telefon E-Mail schriftlich

Die Nutzung Ihrer Daten zu Marketingzwecken beruht auf Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Diese freiwillige Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos gegenüber der bkk melitta hmr widerrufen. ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin damit nicht einverstanden

Unterschrift (bei Zustimmung zur Datennutzung) _____ Geworben von _____ Geburtsdatum / Makler-ID _____

¹ Freiwillige Angaben: Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkung auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die bkk melitta hmr für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Sofern ich die Kontaktaufnahme per Telefon und/ oder E-Mail zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr wünsche, kann ich der durch die Angabe erteilten Einwilligung jederzeit widersprechen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-melitta-hmr.de/datenschutz.