

Mitgliedschaftsantrag für Berufsstarter

Ich werde ab _____ versicherungspflichtiges Mitglied der SKD BKK

Ausbildung zur/zum: _____

Name		Vorname		Geschlecht: männlich weiblich	
Geburtsname		Geburtsort		Geburtsdatum	
Straße mit Hausnummer				Familienstand Staatsangehörigkeit	
PLZ / Ort				Sozialversicherungsnummer*	
Telefon tagsüber		E-Mail		Lebenslange Krankenversichertennummer	

*Soll, sofern Sie noch keine Sozialversicherungsnummer haben, eine beantragt werden? ja nein

Bisherige Krankenkasse

Name und Sitz der Krankenkasse

Art der Versicherung: familienversichert Mitglied

Waren Sie in den letzten 18 Monaten vor Ausbildungsbeginn bei einer anderen gesetzlichen

Krankenkasse **selbst als Mitglied versichert?** nein ja, bei _____

Sie helfen uns, Rückfragen bei Erstattungen zu vermeiden, wenn Sie uns jetzt Ihre Bankverbindung mitteilen.

Geldinstitut	BIC	IBAN
--------------	-----	------

Angaben zum Ausbildungsbetrieb

Firma/Betrieb		Betriebsnummer (bitte beim Arbeitgeber erfragen)	
Straße / Hausnummer			
PLZ		Ort	
Telefonnummer des Arbeitgebers/Betrieb		Faxnummer des Arbeitgebers/Betrieb	

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet nein ja
- Ich übe zusätzlich eine selbständige Tätigkeit aus nein ja
- Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Halbwaisenrente) nein ja
- Ich beziehe eine ausländische Rente nein ja
- Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension o. ä.) nein ja

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig nach bestem Wissen gemacht habe. Änderungen der von mir angegebenen Daten teile ich sofort mit.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------