

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der SKD BKK ab dem _____

Titel		Name		Vorname		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum			Geburtsname, Geburtsort			Familienstand		
Straße mit Hausnummer						Staatsangehörigkeit		
PLZ / Ort						Rentenversicherungsnummer*		
Telefon tagsüber			E-Mail			Lebenslange Krankenversicherungsnummer		

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

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 12 Monaten versichert?

Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			

Ich bin beschäftigt seit _____

Angaben zum Arbeitgeber

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

Bitte entsprechendes ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter oder Geschäftsführer einer Gesellschaft	<input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus
<input type="checkbox"/> Ich bin Ehegatte, Lebenspartner oder Abkömmling des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus; ▶ diese ist geringfügig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ich befinde mich in der Elternzeit bzw. erhalte Elterngeld*; ▶ voraussichtlich bis _____	<input type="checkbox"/> Ich übe nebenher ein Studium aus
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenantrag gestellt	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich im Praktikum
<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente bzw. Versorgungsbezüge (Betriebsrente o.ä.)* ▶ Auch Renten und Bezüge aus dem Ausland sind anzugeben!	<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt
<input type="checkbox"/> Ich bin von der Rentenversicherung befreit worden*	<input type="checkbox"/> Ich bin von der Pflegeversicherung befreit worden*
* bitte entsprechende Nachweise beifügen;	

Möchten Sie Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder Ihre Kinder bei uns kostenfrei mitversichern?	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Familie/Bekannte <input type="checkbox"/> Medien-Anzeige <input type="checkbox"/> SKD BKK Mitarbeiter
<input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir einen entsprechenden Antrag zu.	<input type="checkbox"/> Veranstaltungen <input type="checkbox"/> Internet
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, meiner Krankenkasse alle Veränderungen der von mir angegebenen Daten sofort mitzuteilen.

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

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 284 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) und ist zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.skd-bkk.de/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO.

Bitte senden Sie den Originalantrag an: SKD BKK, Schultesstraße 19 A, 97421 Schweinfurt