

Ich beantrage die Mitgliedschaft als

Rentenantragsteller ab dem _____; mein Rentenanspruch wurde gestellt am _____

Rentner ab dem _____ *Bitte legen Sie eine Kopie des aktuellen Rentenbescheids bei!*

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	

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 18 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			

WICHTIG: Wenn Sie eine der folgenden Frage mit „ja“ beantworten, dann legen Sie bitte entsprechende Nachweise bei, z.B. Rentenbescheide, Einkommenssteuerbescheid, etc.

- Ich bin beihilfeberechtigt nein ja
- Ich übe zusätzlich eine selbständige Tätigkeit aus nein ja
- Ich beziehe eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nein ja
- Ich beziehe eine Rente aus dem Ausland nein ja
- Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension o. ä.) nein ja

Name und Adresse der Zahlstelle:

- Ich habe ein eigenes Einkommen: nein ja, in Höhe von _____ Euro/Monat (nur auszufüllen, wenn Sie Rentenantragsteller sind)
- Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____ (nur auszufüllen, wenn Sie Rentenantragsteller sind)

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

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

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig und 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