AKZO NOBEL BAYERN

Aufnahmeantrag

Bei Kassenwechsel bitte zusammen mit der Kündigungsbestätigung der alten Kasse einreichen!

Name	Vorname	Geburtsdatum

Straße	Postleitzahl, Ort

Rentenversicherungsnummer	Familienstand

Letzte Krankenversicherung

☐ ich war dort familienversichert

Ich möchte Mitglied der BKK Akzo Nobel Bayern werden ab dem ☐

Freiwillige Angaben:

Telefon privat	Telefon dienstlich

Konto-Nummer	Bankleitzahl oder Name der Bank

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Beginn der Beschäftigung	Beruf / Funktion

☐ Meine Familienangehörigen versichere ich kostenlos bei der BKK. Bitte senden Sie mir umgehend einen Fragebogen zu.

☐ Ich beziehe aktuell eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Datum und Unterschrift _____

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Sozialdatenschutz.

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Kontakt:
BKK Akzo Nobel Bayern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Glanzstoffstraße
D-63785 Obernburg
☎ 06022.812088
Fax 06022.812070
www.bkk-akzo.de

Für die Krankenkasse

Bs AG	Excel	BESE	Fam	BAn	VA	Anmeldung