



**BKK Akzo Nobel Bayern**  
Glanzstoffstraße 1  
63906 Erlenbach

**Fax:** 06022 7069-8220  
**E-Mail:** meldungen@bkk-akzo.de  
**Haben Sie Fragen?**  
**Servicehotline:** 06022 7069-220

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

## Allgemeine Angaben

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Renten- /Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum	Familienstand	
Sofern keine Rentenversicherungsnummer vorliegt			
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Bisherige Krankenversicherung		Familienversicherung <input type="checkbox"/> Ich bin dort aktuell familienversichert	

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

Datum	
Ich bin <input type="checkbox"/> Beschäftigte(r) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> in Elternzeit <input type="checkbox"/> im Arbeitslosengeldbezug seit _____	
Arbeitgebername bzw. bei Arbeitslosengeldbezug Name der Arbeitsagentur/des Jobcenters	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ich bin <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied als _____	
Haben Sie Ihre Mitgliedschaft bei Ihrer jetzigen Kasse bereits gekündigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____	
Rente <input type="checkbox"/> Ich beziehe aktuell eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung. <input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).	Familienversicherung <input type="checkbox"/> Meine Familienangehörigen möchte ich kostenlos bei der BKK Akzo Nobel versichern. Bitte senden Sie mir umgehend einen Fragebogen zu.

## Freiwillige Angaben

Telefon	E-Mail
IBAN D E _____	
Steuer-ID _____	
Einwilligung <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten genutzt werden, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Themen im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Diese Einwilligung ist freiwillig. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.	

## Unterschrift

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



**Datenschutz:** Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) werden zur Bearbeitung des Antrages sowie zur Erledigung unserer gesetzlichen Aufgaben nach den §§ 206, 284 SGB V sowie den §§ 94,50 SGB XI benötigt und gespeichert. Damit wird diese Aufgabe vollumfänglich wahrnehmen können, beachten sie bitte die Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. SGB I. Bei fehlenden Angaben kann es zu Verzögerungen oder sogar zu Ablehnungen von Ihnen beantragter Leistungen kommen. Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen Datenübermittlungen an die Träger der Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, an Arbeitgeber und Zahlstellen, an die Versorgungsverwaltung. Nähere Informationen zu Ihren erweiterten Datenschutzrechten erhalten Sie auf unserer Website unter [www.bkk-akzo.de/datenschutz](http://www.bkk-akzo.de/datenschutz) oder in unserer Geschäftsstelle. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@bkk-akzo.de](mailto:datenschutz@bkk-akzo.de) oder unter der oben angegebenen Adresse.

**Verantwortlich für die Datenerhebung:**

BKK Akzo Nobel Bayern, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Glanzstoffstraße 1, 63906 Erlenbach  
Fon 06022.7069260, Fax 70698260  
[vertrieb@bkk-akzo.de](mailto:vertrieb@bkk-akzo.de), [www.bkk-akzo.de](http://www.bkk-akzo.de)

**Für die Krankenkasse**

Einwill.	Azu-Tab	ZRegister	Bs AG	Fam	BAn	VA	Anmeldung