

Rückantwort

BKK Public
Postfach 10 01 60
38201 Salzgitter

BKK Public
Thiestr. 15
38226 Salzgitter
www.bkk-public.de
IK 10 1931440

Beitrittserklärung: "Ich möchte Mitglied der BKK Public werden"

Der Beitritt wird mit Erfüllung der Beitrittsvoraussetzungen wirksam - gilt auch für die Pflegeversicherung -

Personalien

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Wohnort

Arbeitgeber

Firma

Beschäftigung

Arbeitnehmer seit:
Auszubildender
Sonstiges

Versicherungsbeginn

gewünschter Versicherungsbeginn; alternativ der nächstmögliche Zeitpunkt

Bisherige Krankenkasse

Ich war in den letzten 18 Monaten versichert und hatte keinen Arbeitgeber-/Statuswechsel

Name und Sitz der Krankenkasse Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)
selbst versichert (z.B. als Beschäftigter / als Rentner)
familienversichert

Telefon, E-Mail

Ich bin tagsüber zu erreichen - freiwillige Angaben

telefonisch /
Vorwahl Telefonnummer

per E-Mail
E-Mail-Adresse

Datum Unterschrift

Betreuung

BKK Salzgitter und BKK Public arbeiten eng zusammen. Die BKK Public ist überall dort, wo es auch die BKK Salzgitter gibt. Ich bin damit einverstanden, dass mein Versicherungskonto in den gemeinsamen Geschäftsstellen von Mitarbeitern der BKK Salzgitter betreut wird.

Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Public notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.bkk-public.de oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gern zu.

Kündigung der bisherigen Krankenkasse

Anschrift bisherige Krankenkasse

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Meine persönlichen Daten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Wohnort

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Krankenkassen-Mitgliedschaft zum nächstmöglichen Termin.
Sofern ein Sonderkündigungsrecht besteht, nehme ich dieses ausdrücklich in Anspruch.

Bitte senden Sie mir eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung zu.
Eine Kopie der Kündigungsbestätigung senden Sie bitte an die BKK Public, Faxnummer 05341 405-405.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift