

Rückantwort

E-Mail: service@bkk-public.de

Fax: 05341.405-405

BKK Public
30645 Hannover

BKK Public

Thiestr. 15
38226 Salzgitter

www.bkk-public.de

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	
Geburtsland, Geburtsort	

Versicherungsbeginn

gewünschter Versicherungsbeginn; alternativ der nächstmögliche Zeitpunkt

Personenkreis

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/ Auszubildender	Firma	Beginn Beschäftigung
<input type="checkbox"/> Sonstige	Bezeichnung	seit

Bisherige Versicherung

Name und Sitz der Krankenkasse	seit
Versichertennummer (siehe Gesundheitskarte)	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert (z.B. als Beschäftigter/als Rentner)	<input type="checkbox"/> meine bisherige Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag erhöht
<input type="checkbox"/> familienversichert	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	

Telefon, E-Mail

Ich bin tagsüber zu erreichen - freiwillige Angaben

telefonisch	Vorwahl	/	Telefonnummer
per E-Mail	E-Mail-Adresse		

☐ Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die BKK Public meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die BKK Public darf mich zu Leistungen und Services informieren. Zusätzlich können die Daten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden.

Betreuung

Datum	Unterschrift
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
-------	--------------