Aufnahmeantrag

Ich wähle die Mitgliedschaft in der BKK Miele ab dem _____

Name, Vorname:	☐ **weiblich** ☐ **männlich**	**Familienstand:** ledig
Straße, Hausnummer:	**PLZ, Ort:**	
Sozialversicherungsnr.: Krankenversicherungsnr.:	**Geb. Datum:**	**Telefonnummer**

Nur auszufüllen, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde:

Geburtsname:	**Geburtsort:**	**Staatsangehörigkeit:**

Bankverbindung:

IBAN:	**BIC:**	**Geldinstitut:**

Tätigkeit:

☐ **Arbeitnehmer** ☐ **Rentner bzw. Rentenantragsteller** (bitte Rentenbescheid beifügen) ☐ **Mehrfachbeschäftigter**

☐ **Auszubildender** ☐ **Arbeitslos (bitte Leistungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit beifügen)**

Beschäftigung:

Arbeitgeber/Firma	**Beschäftigung seit**
Straße Haus-Nr. des Arbeitgebers	**Beruf**
PLZ Ort des Arbeitgebers	

Mein jährliches Bruttoarbeitsentgelt beträgt mehr als € 66.600,00 ja ☐ nein ☐ (Jahr 2023)

In den letzten 12 Monaten vor Mitgliedschaftsbeginn war ich wie folgt versichert:

☐ **pflichtversichert** ☐ **freiwillig versichert** ☐ **familienversichert** ☐ **privat versichert**

Krankenkasse/Versicherung: _____

Zeitraum: **vom** _____ **bis** _____

Ich habe Familienangehörige, die bereits in der BKK Miele selbst Mitglied sind. ☐ **ja** ☐ **nein**

Name des Familienangehörigen: _____

Geburtsdatum des Familienangehörigen: _____

Verwandtschaftsverhältnis: ☐ **Ehegatte** ☐ **Vater/Mutter**

☐ **Ich bitte hiermit um Zusendung eines Aufnahmeantrages für meinen Ehegatten.**

_____ _____

(Datum) **(Unterschrift)**

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermögli-chen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., eMail-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die versicherungs- und beitragsrechtliche Feststellung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht.
Wir bitten Sie uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.