

Beitrittserklärung MAHLE Betriebskrankenkasse

MAHLE | BKK

Angaben zur Person

(Gilt als Erklärung zur Krankenversicherung und als Mitgliedsbescheinigung der MAHLE BKK nach § 175 SGB V)

Ich bin auf die MAHLE BKK
aufmerksam geworden durch:

Name, Vorname

Geschlecht

männlich weiblich divers

Straße

PLZ/Ort

Haben Sie Kinder?

ja nein

Telefon*

E-Mail*

Geburtsdatum

Geburtsort/-land

Geburtsname

Familienstand*

Staatsangehörigkeit

Renten-/
Sozialversicherungsnr.

Bisherige Krankenkasse

12 Monate oder länger

kürzer als 12 Monate

familienversichert

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

Krankenversicherungsnummer
lt. aktueller Versicherungskarte

IBAN*

(für evtl. Erstattungen)

Angaben zur Beschäftigung

Die MAHLE BKK ist eine exklusive und geschlossene Versichertengemeinschaft für Beschäftigte im MAHLE Konzern & deren Angehörige.

Da ich nicht beim MAHLE Konzern arbeite, wird meine Mitgliedschaft von folgendem Mitglied abgeleitet:

Name meines Angehörigen

Ich bin/werde seit/ab

Aktuell in Elternzeit?

Ja Nein

Arbeitnehmer/in

Auszubildende/r

Student/in

Wenn ja, von

bis

Rentner/in

Praktikant/in

arbeitslos

Name und Anschrift
des Arbeitgebers

Ja, ich beziehe eine Rente der Deutschen
Rentenversicherung (falls ja, Bescheid beifügen)

Ich habe bereits einen
Rentenantrag gestellt am:

Ja, ich beziehe Versorgungsbezüge
(falls ja, Bescheid beifügen)

Üben Sie zusätzliche oder freiberufliche Tätigkeiten aus?

Ja Nein

Beitragsfreie Familienversicherung

Familienangehörige sind vorhanden

ja nein

Ich beantrage die Familienversicherung

ja (siehe beiliegenden Antrag) nein

Hinweis: Zur Erstellung Ihrer elektronischen Gesundheitskarte benötigen wir ein Lichtbild. Bitte legen Sie dieses dem Antrag bei oder laden Sie dieses nach Erhalt Ihrer Versichertennummer unter www.bkk-mahle.de/service hoch.

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Wir benötigen die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 20 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-mahle.de/datenschutz.

Datum

Unterschrift

* Angaben sind freiwillig

Pragstraße 26 - 46 · 70376 Stuttgart
0711 20909400
info@bkk-mahle.de

LBBW Stuttgart
IBAN: DE 85 6005 0101 7871 5135 09
BIC: SOLADEST600

IK 108 036 145
Betriebsnummer 675 725 37
Vorständin: Nicole Müller-Coonan



Antrag Wahltarif zur Privaten Auslandsreise- Krankenversicherung

Personalien

Name, Vorname

Anschrift

Krankenversicherungsnummer
lt. aktueller Versicherungskarte

Ja, hiermit beantrage ich die Teilnahme am Wahltarif.

Ja, für meine mitversicherten Familienangehörigen soll der Wahltarif ebenfalls gelten.

Laufzeit

Mir ist bekannt, dass die Wahl für unbestimmte Zeit – mindestens jedoch für drei Jahre – gilt und eine Kündigung (Sonderkündigungsrecht ausgenommen) danach erst jeweils zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen kann. Der Wahltarif beginnt zum Ersten des Monats, in dem der Antrag bei der MAHLE BKK eingeht. Es gelten die Versicherungsbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G.

Ich willige ein, dass die MAHLE BKK meine personenbezogenen Daten zum Zwecke des Wahltarifs zur privaten Auslandskrankenversicherung erhebt und verarbeitet. Die Daten werden an die Barmenia Krankenversicherung AG zur Bearbeitung und/oder zur Kontaktaufnahme (z. B. per Telefon, sofern ich diese freiwilligen Daten angegeben habe) weitergeleitet. Meine persönlichen Daten werden unter Beachtung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter www.bkk-mahle.de/datenschutz. Die Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Meine Widerrufserklärung kann ich an die MAHLE BKK, Pragstraße 26, 70369 Stuttgart richten.

Datum

Unterschrift

