

### Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Melitta Plus meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich zu einer BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

Ja, ich bin damit einverstanden  Nein, ich bin damit nicht einverstanden

### Einwilligung zur Datenübermittlung

hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Datenübermittlung gemäß § 10 Abs. 2a Einkommenssteuergesetz (EStG) an die Finanzverwaltung.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet:

Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Der Widerruf gilt stets ab dem Folgejahr.

➔ Ort, Datum  Unterschrift

### Erklärung

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse sowie meiner persönlichen Verhältnisse werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnung führen.

➔ Ort, Datum  Unterschrift

### Ich wurde geworben von/ Werbeprämie\*:

(Gilt nur für Neumitgliedschaften und nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war)

Name, Vorname:  Mitglieds-Nr./Geburtsdatum:   
IBAN:  BIC:

\* Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.

## ➔ Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

### Angaben zur Person

Name, Vorname:   männlich  weiblich

Straße:  PLZ, Ort:

Geburtsdatum:  Geburtsort:

Rentenversicherungsnummer:  Geburtsname:

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Telefon:  E-Mail:

Hinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§9, 10, 206 SGB V/§ 50 SGB XI. Die Angabe zur Telefonnummer ist freiwillig.

### Grund der freiwilligen Versicherung:

- selbstständig als:  ab:   
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden:   
Anzahl der versicherungspflichtig Beschäftigten:
- Arbeitnehmer als:  ab:   
Arbeitgeber:
- Beamter  
Dienstbezeichnung:  Dienstherr:
- Rentner  Rentenantragsteller  Pensionär, Altenteiler
- Sozialhilfeempfänger  Sozialamt:
- arbeitslos
- Kind  
 Schüler/Student ab:  vorraussichtlich bis:   
 Meisterschüler ab:  vorraussichtlich bis:
- Ehegatte / Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei:
- Ehegatte / Lebenspartner ist privat versichert bei:   
Monatliche Einkünfte brutto:  Euro, bitte Nachweise beifügen  
Jährliche Einkünfte brutto:  Euro, bitte Nachweise beifügen  
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder:
- geschieden, Scheidung ist rechtskräftig ab:   
bisher familienversichert durch:
- Anwartschaftsversicherung bei berufl. Auslandsaufenthalt (ohne zu versichernde Angehörige)

### Ihre Ansprechpartner:

Frank Siebrasse    Telefon: 0571 9759-1165    Fax: 0571 9759-1265  
Aileen Mündermann    Telefon: 0571 9759-1168    Fax: 0571 9759-1268  
Julia Robock    Telefon: 0571 9759-1166    Fax: 0571 9759-1266



Immer an meiner Seite

