

**BOSCH****BKK**

Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung für Auszubildende

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geburtsname	Geschlecht	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Staatsangehörigkeit	Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Bank/BIC ¹	IBAN ¹	
Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	

Ausbildungsverhältnis

Ausbildung ab	Ausbildungsbetrieb	Ausbildungsberuf
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Sonstige Angaben

Zuletzt war ich versichert von	bis	bei (Name der Krankenkasse)		
Ich war zuletzt	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Die Mitgliedschaft wird beantragt zum	<input type="checkbox"/> Ausbildungsbeginn	<input type="checkbox"/> anderen Zeitpunkt, und zwar		
Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisenrente) <small>(Bitte Unterlagen mit einreichen)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich habe noch eine weitere Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich benötige einen Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich möchte Familienangehörige mitversichern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bild für die elektronische Gesundheitskarte

Das Bild für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

<input type="checkbox"/> reiche ich nach	<input type="checkbox"/> liegt der Bosch BKK vor	<input type="checkbox"/> habe ich im Internet hochgeladen
--	--	---

Im Internet unter www.Bosch-BKK.de/eGK stehen Ihnen weitere Möglichkeiten zur Verfügung: Sie können ein digitales Bild hochladen oder per Webcam selbst aufnehmen und direkt an uns übermitteln. Das Foto für die eGK ist für alle Versicherten verpflichtend. Wenn Sie schon einmal ein Bild geschickt haben, ist es nicht erforderlich, ein weiteres Bild einzureichen.

Mit diesen freiwilligen Angaben helfen Sie uns bei Nachfragen:

Telefonnummer/Mobil	E-Mail
---------------------	--------

Unterschrift

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert (§§ 10, 284, 289 SGB V, §§ 50, 94 SGB XI). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.Bosch-BKK.de/Datenschutz

Ich erkläre, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum	Mitglied
------------	----------

¹ Angaben freiwillig ² Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.

³ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

