

**BOSCH****BKK**

Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geschlecht	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Familienstand	Staatsangehörigkeit	
Rentenversicherungsnummer ¹	Einheitliche Versichertennummer ²	
Wenn Rentenversicherungsnummer nicht bekannt, dann bitte Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland angeben		

Versicherungsverhältnis

beschäftigt ab/seit	aktuell in Elternzeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Elternzeit von/ bis
Arbeitgeber	Anschrift	
arbeitslos ab/seit (Bitte Unterlagen mit einreichen)	Rentenbezug ab/seit (Bitte Unterlagen mit einreichen)	
Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrenten, Kapitalleistungen. Bitte Unterlagen mit einreichen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betriebsrentenstelle	

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 soll beginnen zum	Ich bin nebenberuflich selbständig tätig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Mein monatliches Bruttoentgelt liegt unter 556,00 Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Mein Jahresgehalt liegt über 73.800,00 Euro <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bild für die elektronische Gesundheitskarte

Das Bild reiche ich nach liegt der Bosch BKK vor habe ich im Internet hochgeladen

Im Internet unter www.bosch-bkk.de/egk stehen Ihnen weitere Möglichkeiten zur Verfügung: Sie können dort digitale Bilder hochladen oder per Webcam selbst aufnehmen und direkt an uns übermitteln. Das Foto für die eGK ist für alle Versicherten verpflichtend. Kinder unter 15 Jahren brauchen kein Bild einzureichen. Wenn Sie schon einmal ein Bild eingereicht haben, ist dieses noch gespeichert. In diesem Fall ist es nicht erforderlich, ein weiteres Bild einzureichen.

Mit diesen freiwilligen Angaben helfen Sie uns bei Nachfragen:

Telefonnummer/Mobil E-Mail

Dürfen wir Sie künftig über Ihre persönlichen Vorteile und Angebote der Bosch BKK oder unserer Kooperationsbeteiligten (per Mail/Telefon/SMS/Online-Service) informieren und auf dem Laufenden halten? Ja Nein

Ergänzende Informationen hierzu sowie die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung finden Sie unter www.bosch-bkk.de/einverständnis



Unterschrift

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

Ort, Datum Mitglied

Mitversichernde Angehörige

(Angaben sind notwendig, wenn Angehörige mitversichert werden. Die Angaben zu Eheleuten sind auch notwendig, wenn nur Kinder mitversichert werden sollen.)

Ehepartnerin oder Ehepartner

Lichtbild einfach im Internet hochladen ³



Name	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Rentenversicherungsnummer oder Geburtsname, Geburtsort und Geburtsland	
Krankenkasse	Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung Ende der Versicherung:
selbst versichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	bisherige Versicherung besteht weiter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> selbständig tätig, monatlicher Gewinn in Euro _____	mit den Kindern verwandt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> monatliches Einkommen über 6.150,00 Euro	<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor	<input type="checkbox"/> Rente/n monatlich ⁵ in Euro _____
<input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen(Art/Höhe monatlich in Euro) ⁶		

Kind

Lichtbild einfach im Internet hochladen ³



Name	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Rentenversicherungsnummer oder Geburtsname, Geburtsort und Geburtsland	
bisherige Krankenkasse	Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung Ende der Versicherung:
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	
<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> selbständig tätig, monatlicher Gewinn in Euro _____	<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor
<input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen(Art/Höhe monatlich in Euro) ⁶		<input type="checkbox"/> Rente/n monatlich ⁵ in Euro _____
		Schulbesuch/Studium von/bis ⁴

Kind

Lichtbild einfach im Internet hochladen ³



Name	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Rentenversicherungsnummer oder Geburtsname, Geburtsort und Geburtsland	
bisherige Krankenkasse	Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung Ende der Versicherung:
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	
<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> selbständig tätig, monatlicher Gewinn in Euro _____	<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor
<input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen(Art/Höhe monatlich in Euro) ⁶		<input type="checkbox"/> Rente/n monatlich ⁵ in Euro _____
		Schulbesuch/Studium von/bis ⁴

Kind

Lichtbild einfach im Internet hochladen ³



Name	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht	Rentenversicherungsnummer oder Geburtsname, Geburtsort und Geburtsland	
bisherige Krankenkasse	Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung Ende der Versicherung:
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	
<input type="checkbox"/> kein Einkommen	<input type="checkbox"/> selbständig tätig, monatlicher Gewinn in Euro _____	<input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor
<input type="checkbox"/> sonstiges Einkommen(Art/Höhe monatlich in Euro) ⁶		<input type="checkbox"/> Rente/n monatlich ⁵ in Euro _____
		Schulbesuch/Studium von/bis ⁴

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

¹ Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen, Geburtsort und Geburtsland angeben

² Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte

³ Hinweise zum Lichtbild siehe Vorderseite

⁴ Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul-/Studienbescheinigung, bei Wehr- oder Zivildienst bitte Dienstbescheinigung beifügen

⁵ Renten: gesetzliche Renten, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Renten, sonstige Renten

⁶ Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)