

**DEINE
FÜRSORGLICHE
KRANKENKASSE.**

JA, ICH MÖCHTE ZUM **MITGLIED DER NOVITAS BKK WERDEN.**
Beginn-Datum (TT.MM.JJJJ)

Ich bin pflichtversicherte/r Arbeitnehmer/in Künstler/in Auszubildende/r Arbeitslose/r
 freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in Saisonarbeiter/in Schüler/in Jobcenter
 Selbstständige/r Rentner/in Student/in Agentur für Arbeit

ANGABEN ZUR PERSON

Mein Geschlecht ist: weiblich männlich divers unbestimmt

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name		Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Familienstand	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		Krankenversicherungsnr. (siehe Gesundheitskarte)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefonnummer / Mobilnummer		E-Mail-Adresse	

Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse:

Durch das Ankreuzen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Novitas BKK mich telefonisch oder per E-Mail über meine Telefon- oder Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse zu meinen Ansprüchen zu gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, satzungsgemäße Mehrleistungen, eigene Serviceleistungen sowie zu gesetzlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, oder in Angelegenheiten meines Versicherungsschutzes kontaktiert. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon gegenüber der Novitas BKK widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Die Nichtbeantwortung hat für Sie keine nachteiligen Folgen.

ICH BIN BESCHÄFTIGT BEI

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Name des Arbeitgebers oder des Ausbildungsbetriebes		beschäftigt seit (TT.MM.JJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer

Mein monatliches Brutto-Arbeitsentgelt beträgt: bis zu 450 Euro monatlich (Minijob) mehr als 5.362,50 Euro monatlich

ANGABEN ZUR BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNG

Ich war zuletzt versichert

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
vom (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	bei der Krankenkasse

selbst versichert
 familienversichert über

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Krankenversicherungsnummer

nicht gesetzlich versichert

<input type="text"/>	<input type="text"/>
seit (TT.MM.JJJJ)	Grund (z.B. privat versichert, Ausland)

Anlass des Kassenwechsels: Änderung im Versichertenverhältnis (z.B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosengeld etc.)
 Ablauf der Bindungsfrist (12 Monate)

WEITERE ANGABEN

Ja, ich habe Familienangehörige, die kostenfrei mitversichert werden sollen. Bitte senden Sie mir den Fragebogen zu.
 Ich kenne weitere Personen, die sich für eine Novitas BKK-Mitgliedschaft interessieren.

UNTERSCHRIFT

Ort, Datum und Unterschrift

MA (von der Novitas BKK auszufüllen)

Vermittler – ID

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft bei der Novitas BKK genießen Sie automatisch auch den Schutz der Pflegeversicherung. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter novitas-bkk.de/datenschutz. Stand: BE 04 | 2021