



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

Name Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Geburtsort Familienstand

PLZ Ort Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

Straße, Hausnummer Krankenversicherungsnummer (siehe Gesundheitskarte)

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

Name des Arbeitgebers oder des Ausbildungsbetriebes beschäftigt seit (TT.MM.JJJJ)

PLZ Ort Straße, Hausnummer

Mein monatliches Brutto-Arbeitsentgelt beträgt: bis zu 520 Euro monatlich (Minijob) mehr als 5.550,00 Euro monatlich

ANGABEN ZUR BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNG

Ich war zuletzt versichert

vom (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ) bei der Krankenkasse

- selbst versichert
 familienversichert über

Name, Vorname Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Krankenversicherungsnummer

nicht gesetzlich versichert

seit (TT.MM.JJJJ) Grund (z.B. privat versichert, Ausland)

Anlass des Kassenwechsels: Änderung im Versichertenverhältnis (z.B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosengeldbezug etc.)
 Kündigung

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 12 | 2022

