



Name		Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort		
Rentenversicherungsnummer			Familienstand	
Sofern diese nicht vorliegt:				
Geburtsname		Geburtsort	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Bisherige Krankenversicherung				
<input type="checkbox"/> ich bin dort aktuell familienversichert				

Ich möchte Mitglied der BKK Akzo Nobel Bayern werden ab dem

Ich bin

- Beschäftigte(r)    Auszubildende(r)    in Elternzeit    im Arbeitslosengeldbezug

Arbeitgebername bzw. bei Arbeitslosengeldbezug Name der Arbeitsagentur/des Jobcenters	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

- Selbständig    Rentner    Student    freiwilliges Mitglied als \_\_\_\_\_
- Ich beziehe aktuell eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.
- Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension).
- Meine Familienangehörigen möchte ich kostenlos bei der BKK Akzo Nobel versichern. Bitte senden Sie mir umgehend einen Fragebogen zu.
- Haben Sie Ihre Mitgliedschaft bei Ihrer jetzigen Kasse bereits gekündigt?    Nein    Ja, am \_\_\_\_\_

Freiwillige Angaben:

Telefon	E-Mail
IBAN	Steuer-ID
DE ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____

**Einwilligung**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten genutzt werden, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Themen im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Diese Einwilligung ist freiwillig. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.
- Ich willige ein, dass die BKK Akzo Nobel im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf, soweit ich diese nicht angegeben habe, und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Absatz 2a Satz 4 ESTG). Die Einwilligung ist freiwillig. Die BKK Akzo Nobel unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge für das Beitragsjahr. Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich bei der BKK Akzo Nobel widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der BKK Akzo Nobel vorliegen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.

**Datenschutz**

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) werden zur Bearbeitung des Antrages sowie zur Erledigung unserer gesetzlichen Aufgaben nach den §§ 206, 284 SGB V sowie den §§ 94,50 SGB XI benötigt und gespeichert. Damit wir diese Aufgaben vollumfänglich wahrnehmen können, beachten sie bitte die Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. SGB I. Bei fehlenden Angaben kann es zu Verzögerungen oder sogar zu Ablehnungen von Ihnen beantragter Leistungen kommen. Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen Datenübermittlungen an die Träger der Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, an Arbeitgeber und Zahlstellen, an die Versorgungsverwaltung. Nähere Informationen zu Ihren erweiterten Datenschutzrechten erhalten Sie auf unserer Website unter [www.bkk-akzo.de/datenschutz](http://www.bkk-akzo.de/datenschutz) oder in unserer Geschäftsstelle. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter [datenschutz@bkk-akzo.de](mailto:datenschutz@bkk-akzo.de) oder unter der unten angegebenen Adresse.

**X** Ort, Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

**Verantwortlich für die Datenerhebung:**

BKK Akzo Nobel Bayern, Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Glanzstoffstraße 1, 63906 Erlenbach  
Fon 06022.7069260, Fax 70698260  
vertrieb@bkk-akzo.de, www.bkk-akzo.de

Für die Krankenkasse

Einwill.	Azu-Tab	ZRegister	Bs AG	Fam	BAn	VA	Anmeldung