

Betriebskrankenkasse der BMW AG

Ich beantrage ab _____ die Mitgliedschaft als Rentner/-in bei der BMW BKK.

Persönliche Angaben

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Familienstand:	Geschlecht:
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Krankenversicherungsnummer:	Rentenversicherungsnummer:
Steuer-Identifikationsnummer:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsort:	Geburtsland:
Telefon:	E-Mail:
Haben Sie ein Kind bzw. Kinder?	<input type="checkbox"/> ja (Bitte legen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde bei) <input type="checkbox"/> nein

Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich bei der: _____ (Name der Krankenkasse):
 pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert nicht gesetzlich versichert

Ich habe meine Mitgliedschaft bereits gekündigt:
 ja (bitte Kündigungsbestätigung beifügen) nein

Mein Ehepartner ist bei der BMW BKK krankenversichert:
 ja nein

Ich habe Anspruch auf Beihilfe:
 ja (bitte Nachweis beifügen) nein

Ich habe Angehörige, die ich kostenfrei mitversichern möchte. Bitte schicken Sie mir einen Antrag zu.

Angaben zu den Einnahmen

Gesetzliche Rente/-n (bitte aktuelle Rentenbescheide beifügen):
<input type="checkbox"/> eigene Rente
<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente
<input type="checkbox"/> Rente eines ausländischen Versicherungsträgers

Sonstige Einkünfte (bitte den aktuellen Einkommensteuerbescheid beifügen):
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Gewerbebetrieb
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft
<input type="checkbox"/> Entgelt aus einer Beschäftigung (> 450,00 € monatlich)

Name der Zahlstelle Ihrer Versorgungsbezüge/Betriebsrente (bitte aktuelle Nachweise beifügen):

Datum und Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BMW BKK notwendig. Ihre Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Website www.bmwbkk.de/datenschutz. Wir übernehmen die Übermittlung der von Ihnen entrichteten Beiträge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz). Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem gesetzlichen Bescheinigungsverfahren zu. Die Einwilligung kann auch widerrufen bzw. nicht erteilt werden.

Tel.: 0800 112 82 40
Fax: +49 8731 7629955
E-Mail: Mitglied@bmwbkk.de

BMW BKK
Postfach 15 33
84126 Dingolfing

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE16BMW00000163417

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

KVNR:

- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BMW BKK, Zahlungen von dem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BMW BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Versicherter / Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: _____
(max. 34-stellig)

Kontoinhaber (bitte nur ausfüllen, falls Zahlung durch eine andere Person erfolgt):

Name/Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers