



Ja, ich werde BKK-Mitglied!

Name, Vorname		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	

Renten- / Sozialversicherungsnummer:	Geburtsort (falls noch keine Nummer vergeben)
--------------------------------------	---

Liegt Ihnen bereits ein Sozialversicherungsausweis vor? ja nein*

(*Wenn Sie die Antwort „nein“ ankreuzen, wird von uns ein Sozialversicherungsausweis bei der Deutschen Rentenversicherung bestellt. Der Versand an Ihre o. a. Anschrift kann unter Umständen einige Wochen dauern.)

Krankenkasse vor Beginn der Ausbildung (Name, Anschrift):	Bisher über die Eltern familienversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Beziehen Sie eine Waisen-/Halbwaisenrente? ja nein

Beginn der Ausbildung:	Ausbildungsbetrieb:
------------------------	---------------------

Ort, Datum	Unterschrift	Telefon (tagsüber)
------------	--------------	--------------------

(Die Angaben sind zur Feststellung der Versicherungsverhältnisse erforderlich und unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz.)

Senden oder faxen (☎ 02 11/90 65-499) Sie Ihre Anmeldung bitte an uns zurück. Wir kümmern uns dann um die weiteren Formalitäten mit Ihrem Ausbildungsbetrieb und senden Ihnen Ihre BKK-Krankenversichertenkarte zu.

Haben Sie noch Fragen oder benötigen Sie weitere Informationen?

Besuchen Sie uns im Internet unter: www.bkkdb.de oder nutzen Sie unsere bundesweit gebührenfreie Service-Nummer: 08 00/4 63 62 55 und rufen Sie uns an.