

Angaben des Vertriebspartners			
Name			
Vorname			
RD		AGT	

Versicherungsantrag	 <p>Deutsche BKK Für mich genau die Richtige</p> <p>38439 Wolfsburg www.deutschebkk.de</p>
Gewünschter Mitgliedschaftsbeginn bei der Deutschen BKK	

A. Angaben zum Antragsteller

Vornamen(n)/Zuname, Titel		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße und Hausnummer		Geburtsort	
PLZ	Wohnort	Rentenversicherungs-Nummer (falls bekannt)	
E-Mail		Telefon tagsüber	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit		mein Ehepartner ist selbst versichert bei	
Tätigkeit <input type="checkbox"/> Beschäftigte/r <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Sonstige:			
<input type="checkbox"/> Rentner (bitte Kopie des Rentenbescheids beifügen) <input type="checkbox"/> selbständig/freiberuflich (bitte letzten Steuerbescheid und Gewerbeanmeldung beifügen)			

B. Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname		Telefonnummer der Personalabteilung (falls bekannt)
Straße und Hausnummer / Postfach		<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verheiratet. <input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter/Geschäftsführer eines Unternehmens. <input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus. <input type="checkbox"/> Ich übe zusätzlich eine selbständige Tätigkeit aus.
PLZ	Ort	

C. Angaben zur Vorversicherung (falls vorhanden, bitte Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse beifügen)

zuletzt versichert von	bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert	Name der Krankenkasse
------------------------	-----	---	-----------------------

D. Beitragsfreie Familienversicherung gewünscht für

	Ehepartner	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					

E. Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ab Mitgliedschaftsbeginn bei der Deutschen BKK erhalte ich für meine private Zusatzversicherung bei der DKV Sonderkonditionen. Ich willige ein, dass die Deutsche BKK dem Versicherer für meine private DKV-Zusatzversicherung regelmäßig Auskunft über Bestehen bzw. Ende meiner Krankenversicherung gibt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------