

Ja, ich möchte Mitglied  
der Krones BKK werden!



**KRONES BKK**

Bayerwaldstr. 2L, 93073 Neutraubling  
E-Mail: [bkk.info@krones.com](mailto:bkk.info@krones.com)  
Telefon: +49 9401 70-5200

Beginn:

### Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

männlich

weiblich

SV Ausweis beantragen

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

Straße / Haus-Nr.

Telefon / Mobil (optional)

PLZ / Ort

E-Mail (optional)

### Familienstand

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Mein/e Ehe- / Lebenspartner/in (LpartG) ist versichert bei

Ich habe Kinder

ja

nein

Soll die Familie beitragsfrei mitversichert werden?

ja

nein

Bitte Nachweis beifügen. (z.B. Kopie Geburtsurkunde)

### Tätigkeit

Arbeitnehmerin / Arbeitnehmer

Arbeitgeber (Name)

Auszubildende / Auszubildender

Arbeitgeber (Anschrift)

Ich bin an der Firma beteiligt

Tätigkeit

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt

Bruttoverdienst p.a.

Status der Versicherung (pflicht / freiwillig)

Selbständige Tätigkeit

h pro Woche

Arbeitseinkommen p.a.

Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter / ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit.

Bitte Kopie Bescheid beifügen.

Ich beziehe eine Rente / einen Versorgungsbezug oder Ruhestandsbezüge.

Bitte entsprechend kennzeichnen.

### Bisherige Krankenversicherung

von

bis

Name / Anschrift der Versicherung

Pflichtversicherung

Freiwillige Versicherung

Familienversicherung

Private Versicherung

### Bankverbindung

nur zur Leistungserstattung

Name der Bank

BIC

IBAN

Ort / Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Sozialgesetzbuches - SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben. Weitere Informationen zu Ihren Datenschutzrechten finden Sie unter: <https://www.krones-bkk.de/datenschutzrechte>