

I will join on (Ich werde Mitglied zum) .....

**1. PERSONAL DETAILS (PERSÖNLICHE ANGABEN)**

First name (Vorname) ..... Surname (Nachname) .....

Date of birth (Geburtsdatum)  male (männlich)  
 female (weiblich)

Street address (Straße, Hausnummer) .....

Postcode, town/city (PLZ, Ort) .....

Telephone no.\* (Telefon\*) ..... Email\* (E-Mail\*) .....

Marital status (Familienstand):  unmarried (ledig)  
 married (verheiratet)Name of spouse's health insurer\*  
(Name der Krankenkasse des Ehegatten\*) .....Pension insurance number (Rentenversicherungsnummer)  
If no pension insurance number is available, please provide the following information: (Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte angeben): .....

Name of birth (Geburtsname) ..... Nationality (Staatsangehörigkeit) .....

Place of birth (Geburtsort) .....

**2. I AM/I WILL BE (ICH BIN/ICH WERDE)**

- employed (monthly income more than €450,00)  
Arbeitnehmer/in (mtl. Einkommen über 450,00 Euro)
- an apprentice (Auszubildende/r)
- employed and insured voluntarily  
(freiwillig versicherter Arbeitnehmer)  
My health and long-term care insurance contributions are paid (Meine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge)
- by my employer (zahlt der Arbeitgeber)
- by me; my tax identification number is:  
(zahle ich selbst, meine Steuer-ID lautet):  
.....

I belong to the following category and require insurance as a/an: (Ich gehöre zu folgendem Personenkreis und benötige eine Versicherung als:)

- student/intern (Student/in/Praktikant/in)
- pensioner/pension claimant  
(Rentner/in/Rentenantragsteller/in)
- self-employed person (Selbstständige/r)
- recipient of unemployment benefits (Arbeitslosengeld I/II)\*\*  
(Bezieher von Arbeitslosengeld I/II)\*\*
- other (e.g. public servant, social security recipient):\*\*  
(Sonstige (z. B. Beamte/r, Sozialhilfeempfänger/in):\*\*)

**3. EMPLOYMENT INFORMATION  
(ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG)**

Name of employer (Name des Arbeitgebers) .....

Street address (Straße, Hausnummer) .....

Postcode, town/city (PLZ, Ort) .....

Employment start date (Beschäftigungsbeginn) .....

- I am related by birth or marriage to my employer  
(Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert)
- I hold shares in the company/I am a company director  
(Ich bin Gesellschafter/in und/oder Geschäftsführer/in)

**4. INCOME INFORMATION (EINKOMMENSANGABEN)**

- pension payments, e.g. from an occupational pension/retirement plan, including as a lump sum\*\* (Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung)\*\*)
- a state or foreign pension\*\* (Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ausländische Rente\*\*)

My income regularly exceeds the contribution assessment ceiling (2018: €53,100 per annum, €4,425 per month)  
(Meine Einnahmen übersteigen regelmäßig die Beitragsbemessungsgrenze (2018: 53.100,00 Euro pro Jahr, 4.425,00 Euro pro Monat)) Yes (Ja)  No (Nein)**5. INFORMATION ON MOST RECENT INSURANCE HELD (ANGABEN ZUR LETZTEN VERSICHERUNG)**

- I was previously insured: (Ich war zuletzt:)
- on a compulsory basis (pflichtversichert)
- on a family policy (familienversichert)
- voluntarily (freiwillig versichert)
- privately (privat versichert)
- abroad: (im Ausland:) .....

from (von) ..... until (bis) .....

Name of most recent health insurer  
(Name der letzten Krankenkasse) .....Insurance number (Versichertennummer)  
You will find this number on the card issued by your current health insurer.  
(Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte Ihrer aktuellen Krankenkasse.)

The cancellation confirmation from my most recent health insurer: (Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse:)

- is enclosed (füge ich bei)
- will be submitted at a later date (reiche ich nach)

\* optional information (\* Freiwillige Angaben)      \*\* please enclose supporting documentation (\*\* Bitte Bescheid beifügen)

To be completed internally (Interne Vermerke) VM-Nr: \_\_\_\_\_

AK-Nr: A210

LB  LB Fam

## 6. INFORMATION FOR FAMILY INSURANCE (ANGABEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG)

I wish to include relatives (e.g. children, spouse) on my policy free of charge  
(Ich möchte Angehörige (z. B. Kinder, Ehegatte) kostenlos mitversichern)

My application (Antrag)  is enclosed (liegt bei)  please send (bitte zusenden)

## 7. YOU WERE RECOMMENDED TO ME BY (ICH WURDE GEWORBEN VON)

.....  
First name (Vorname)

.....  
Surname (Name)

.....  
Insurance no. (Versichertennummer)

.....  
IBAN (IBAN)

## 8. SIGNATURE

I consent to receiving information from BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER by telephone or email.  
(Ich bin einverstanden, dass ich von der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER Informationen per Telefon oder E-Mail bekomme.)

I hereby declare that the information I have provided is complete and truthful. I will immediately inform BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER of any changes to my circumstances.  
(Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sofort verständigen.)

.....  
Place (Ort), date (Datum), signature (Unterschrift)

**Data protection notice (section 67a [3] SGB X):** It is necessary to collect the data above (social security data) for the proper performance of health insurance and pursuant to the provisions of the fifth statute book of the German social security code (SGB V). Your data will be handled in confidence and is subject to data protection legislation.  
**(Datenschutzhinweis [§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X]:** Die Erhebung der vorstehenden Angaben (Sozialdaten) ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zulässig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.)