



PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum
Vorname	Krankenversicherungsnummer
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	

HIERMIT GEBE ICH FOLGENDE ÄNDERUNG(EN) BEKANNT (Zutreffendes bitte ankreuzen)

KONTAKTDATEN

Festnetzrufnummer (tagsüber) *	E-Mail-Adresse *
Mobilfunknummer *	

ADRESSÄNDERUNG
Die Adressänderung ist gültig:

ab sofort
 ab dem (bitte Datum eingeben): _____

für **alle** mitversicherten Familienangehörigen
 nur für die oben angegebene Person

Straße/Hausnummer (bitte beachten Sie, dass die Angabe eines Postfachs nicht möglich ist)

Postleitzahl/Ort

NAMENSÄNDERUNG z.B. durch Heirat oder Scheidung – unbedingt entsprechenden Nachweis beilegen.

bisheriger Name **neuer** Name

Beachten Sie, dass bei fehlendem Nachweis eine Änderung nicht möglich ist bzw. erst dann erfolgt, wenn der Nachweis nachgereicht wird.

ÄNDERUNG/MITTEILUNG DER BANKVERBINDUNG ab dem (bitte Datum angeben): _____

DE _____
 IBAN

 BIC (SWIFT-CODE)

Kontoinhaber _____

Die Angabe der Bankverbindung gilt nicht als Einzugsermächtigung für Beiträge. Sie kann nur für die Auszahlung von Geldleistungen wie Erstattungen, Krankengeld oder sonstigen Leistungen genutzt werden.

PERSÖNLICHES KUNDENKENNWORT
Bitte richten Sie ein persönliches Kundenkennwort ein, mit dem ich mich bei personenbezogenen Auskünften durch die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN am Telefon identifizieren kann.

Das Kundenkennwort soll lauten:

Kopien von Vorder- und Rückseite meines Personalausweises oder meiner elektronischen Gesundheitskarte füge ich bei.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 V zum Zwecke der Durchführung einer von Ihnen gewünschten Erfassung/Änderung von Daten erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann die gewünschte Erfassung/Änderung von Daten nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Einwilligungserklärung zur erweiterten Datennutzung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK W&F meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der BKK W&F sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK W&F zu informieren, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

UNTERSCHRIFT

_____ Ort/Datum	_____ Unterschrift des Mitglieds
--------------------	-------------------------------------

