



## Aufnahmeantrag

Vorname, Name		Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma
Straße, Nr.		Geburtsdatum
PLZ	Ort	E-Mail

## Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der „Initiative Gesundversichert.“  
als **Empfehlungsmitglied** (ohne Stimmrecht und ohne Mitgliedsbeitrag) auf Empfehlung von:

Name und Anschrift des Kompetenz- oder Fördermitglieds	Mitgliedsnummer
--------------------------------------------------------	-----------------

## Besondere Vereinbarung

Bei Beantragung einer Zahn-Zusatzversicherung mit besonderen Bedingungen für Mitglieder der Initiative Gesundversichert. bei der Württembergische Krankenversicherung AG gilt die Ausstellung des Versicherungsscheins als Bestätigung der Mitgliedschaft. Die Versicherungsnummer ist zugleich die Mitgliedsnummer. Auf eine gesonderte Bestätigung der Mitgliedschaft wird verzichtet.

## Schlusserklärung

Ich habe eine Kopie des Aufnahmeantrages einschließlich der Vereinssatzung erhalten. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Satzung in der gültigen Fassung anerkenne und mich 2 Monate an diesen Antrag gebunden halte. **Die Mitgliedschaft beginnt zum Ersten des Monats nach Antragstellung.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten Mitgliedschaft erhobenen Daten zum Zwecke der ordnungsgemäßen Bearbeitung bzw. Verwaltung der Mitgliedschaft gespeichert, in einer gemeinsamen Datensammlung geführt und – soweit für die ordnungsgemäße Abwicklung versicherungsvertraglicher Beziehungen erforderlich – an Versicherer weitergegeben werden. Der Vermittler erhält eine Kopie dieses Aufnahmeantrages. Die übrigen Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Die Initiative Gesundversichert. darf mich telefonisch, schriftlich per Briefpost, Telefax oder E-Mail (Nichtzutreffendes bitte streichen) über Vereins- und Vorsorgethemen informieren. Wenn ich einwillige, geschieht dies freiwillig. Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit schriftlich per Post, Telefax oder E-Mail widerrufen.

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