

Mitgliedschaftserklärung

Ich werde Mitglied bei der BKK Technoform ab

| | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Name, ggf. Geburtsname | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft |
| Straße, Hausnummer | Telefon | | |
| PLZ, Ort | E-Mail | | |
| Staatsangehörigkeit | Rentenversicherungsnummer | | |

Ich bin: freiwillig versichert Arbeitnehmer/in selbstständig Auszubildende/r Student
 beihilferechtigt berufstätig Berufsbezeichnung: _____

Arbeitgeber- bzw. Versicherungsgrundlagen

| | | | |
|--|---|--|--|
| Firma, Branche | | | |
| Straße, Hausnummer | Telefon | | |
| PLZ, Ort | E-Mail | | |
| <input type="checkbox"/> Ich beziehe eine gesetzliche Rente seit: | ____ ____ ____ (Eine Kopie des Rentenbescheids ist beigelegt) | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Leistungsempfänger der Bundesagentur für Arbeit seit: | ____ ____ ____ (Eine Kopie des Bewilligungsbescheids ist beigelegt) | | |
| Steueridentifikationsnummer (11-stellige Nummer) | _____ | | |
| Zustimmung zur Datenübermittlung | <input type="checkbox"/> Ich erteile die Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a | | |

Bisherige Krankenkasse

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------|-----|--------------------|
| Ich war zuletzt krankenversichert bei: | | vom | ____ ____ ____ | bis | ____ ____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Pflichtversicherter | <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> familienversichert über | Name | Vorname | Geburtsdatum | | |
| <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung liegt bei. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung folgt binnen 14 Tagen. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert und füge Versicherungsunterlagen über die letzten 5 Jahre bei. | | | | | |

Bankverbindung

| | | | |
|--------------|--|--------------|--|
| Kontoinhaber | | Geldinstitut | |
| IBAN | | BIC | |

Ich erkläre, dass ich alle Fragen (auch zur Familienversicherung) vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der BKK Technoform unverzüglich mitteilen.

| | |
|---------------------|--|
| Datum, Unterschrift | |
|---------------------|--|

Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften notwendig. Die Angaben zu Telefon, E-Mail und zur Bankverbindung sind freiwillig, helfen uns aber, Ihre Anliegen schneller zu bearbeiten. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Familienversicherung

Ja, ich möchte folgende Familienmitglieder ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern.

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich das Kind versichert werden soll und der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert und mit dem Kind verwandt ist. In diesem Fall fügen Sie bitte auch den Nachweis über die Höhe der Einkünfte Ihres Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners bei.

| Ehepartner | | | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|------------|--------------|-------------|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | Geburtsort | | Geburtsname |
| RV-Nr. | | | | | |
| Selbst krankenversichert | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat als: <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> sonstiges: | | | | |
| Eigenes Einkommen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> über 4.687,50 € <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Höhe in Euro: | | | | |
| Unterschrift des Ehepartners | | | | | |

| Kind | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------|----------------------|-------------|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | Geburtsort | | Geburtsname |
| RV-Nr. | | | | | |
| Schulbesuch/ Studium von/ bis: | | | | Wehrdienst von/ bis: | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | | | | |
| Eigenes Einkommen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unter 415,00 € <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Höhe in Euro: | | | | |
| Unterschrift des Kindes | | | | | |

| Kind | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------|----------------------|-------------|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | Geburtsort | | Geburtsname |
| RV-Nr. | | | | | |
| Schulbesuch/ Studium von/ bis: | | | | Wehrdienst von/ bis: | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | | | | |
| Eigenes Einkommen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unter 415,00 € <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Höhe in Euro: | | | | |
| Unterschrift des Kindes | | | | | |

| Kind | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------|----------------------|-------------|
| Name | | Vorname | | Geburtsdatum | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | Geburtsort | | Geburtsname |
| RV-Nr. | | | | | |
| Schulbesuch/ Studium von/ bis: | | | | Wehrdienst von/ bis: | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind | | | | |
| Eigenes Einkommen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> unter 415,00 € <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> Höhe in Euro: | | | | |
| Unterschrift des Kindes | | | | | |