

AUFNAHMEANTRAG



Ich möchte zum _____ Mitglied bei der **BKK Textilgruppe Hof** werden.

| Meine Personalien | |
|--|--|
| Name | Vorname |
| Straße | PLZ, Ort |
| Telefon | eMail |
| Fax | Rentenversicherungsnummer |
| | Steueridentifikationsnummer |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geburtsdatum Geburtsname |
| Staatsangehörigkeit | Geburtsort |
| Status <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | Familienstand Kinder ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Beruf | Rente ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versorgungsbezug ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| | Ausländische Renten oder Versorgungsbezüge ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| mein Geldinstitut: | IBAN: |
| Auf die BKK Textilgruppe Hof hat mich aufmerksam gemacht | |

| Meine bisherige Versicherung / Angaben zur Familienversicherung | |
|--|---|
| Ich war bisher versichert | |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft bei | |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung bei | |
| <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert | |
| Mein/e Ehegatte/in und / oder mein/e Kind/er sollen bei der BKK Textilgruppe Hof familienversichert werden | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte umseitigen Fragebogen ausfüllen) |
| Mein Ehegatte ist selbst Mitglied | <input type="checkbox"/> ja bei: |

| Mein Arbeitgeber | |
|-------------------|----------------------|
| Name | Beschäftigungsbeginn |
| Straße | PLZ, Ort |
| Telefon Faxnummer | Ansprechpartner |

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der Pflegeversicherung

Die Mitgliedschaft in der BKK wird nur dann rechtlich gültig, wenn Sie fristgerecht bei Ihrer bisherigen Krankenversicherung gekündigt haben und Sie uns von dieser Kasse eine Originalkündigungsbestätigung zusammen mit diesem Aufnahmeantrag vorlegen.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5, 10, 284 SGB V, §§ 20 und 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Die Daten werden selbstverständlich geschützt. Gleichzeitig erteile ich der BKK Textilgruppe Hof meine Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage (<https://www.bkk-textilgruppe-hof.de/datenschutz.html>).

Ort

Datum

Unterschrift

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab dem _____



1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Geburtsdatum | |

➤ Ich bin/war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung

nicht gesetzlich krankenversichert

versichert bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet

➤ Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja, bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen.

2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll). Ist der/die mit den Kindern verwandte Ehegatte/-in privat versichert, bitten wir um Vorlage eines Einkommensnachweises über die Höhe des Bruttojahreseinkommens. Angaben zum Einkommen des/der Ehegatten/-in sind nicht erforderlich, wenn dieser/e Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

| | Ehegatte | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter |
|--|---|--|--|--|
| Name (bei abweichenden Namen zum Mitglied bitte Nachweis beifügen) | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Geburtsname | | | | |
| Aktuelle Staatsangehörigkeit | | | | |
| Rentenversicherungsnummer | | | | |
| gegebenenfalls abweichende Anschrift | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel | | | | |
| Erwerbstätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonst. Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Zinsen aus Kapitalvermögen | | | | |
| Schulbesuch / Studium voraussichtlich bis: (bitte bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr eine Schulbescheinigung beifügen) | ----- | | | |
| Wehr- oder Zivildienst (von – bis) | ----- | | | |
| Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde | | | | |

Über Änderungen werde ich Sie umgehend unaufgefordert informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert oder diese Versicherte einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5, 10, 284 SGB V, §§ 20 und 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage (<https://www.bkk-textilgruppe-hof.de/datenschutz.html>)