

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 bei	
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. Die Bindungsfrist an die Mitgliedschaft beträgt 18 Monate. Die BKK Textilgruppe Hof ist dazu verpflichtet, alle von Ihnen selbst gezahlten und von uns erstatteten Beiträge an die Finanzverwaltung zu übermitteln.

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. Ihr Passbild für die Gesundheitskarte wird ausschließlich für die Gesundheitskarte gespeichert und verwendet. Die BKK Textilgruppe Hof übermittelt Ihr Passbild ausschließlich zur Qualitätssicherung und zur Herstellung der Gesundheitskarte an externe Dienstleister. Diese sind durch uns im besonderen Maße auf den Sozialdatenschutz verpflichtet. Selbstverständlich wird Ihr Passbild vertraulich behandelt und besonders geschützt. Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung des Passbildes können Sie jederzeit unter info@BKK-Textilgruppe-Hof.de widerrufen. 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>).

Einwilligung:

Ich willige in die Speicherung und Verwendung meines hochgeladenen Passbildes im Rahmen der Gesundheitskarte für die Dauer meines Versicherungsverhältnisses ein.

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, Abfindung				
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. Ich willige in die Speicherung und Verwendung der hochgeladenen Passbilder im Rahmen der Gesundheitskarten für die Dauer der Versicherungsverhältnisse ein.

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. Die Passbilder für die Gesundheitskarten werden ausschließlich für die Gesundheitskarten gespeichert und verwendet. Die BKK Textilgruppe Hof übermittelt die Passbilder ausschließlich zur Qualitätssicherung und zur Herstellung der Gesundheitskarten an externe Dienstleister. Diese sind durch uns im besonderen Maße auf den Sozialdatenschutz verpflichtet. Selbstverständlich werden die Passbilder vertraulich behandelt und besonders geschützt. Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung der Passbilder können Sie jederzeit unter info@BKK-Textilgruppe-Hof.de widerrufen. 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>).