

Mitgliedserklärung

1. Persönliche Angaben

Ich wähle die BKK exklusiv ab (Datum)

Name, Vorname, Geburtsname

m w

Anschrift

Rentenversicherungsnummer

Steueridentifikationsnummer (StID)

Wenn noch keine deutsche Rentenversicherungsnummer vergeben worden ist:

Geburtsort

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Ich bin beschäftigt bei

(Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Ausbildungsstätte etc.)

als Auszubildende(r)

Ausbildungsberuf: _____

als Teilnehmer/in an einem freiwilligen sozialen Jahr (FSJ)

Ich bin

ab/seit

Leistungsempfänger nach dem Sozialgesetzbuch Nr. III (z.B. Arbeitslosengeld)

Student

Praktikant

Künstler/Publizist

Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme

Rentenantragsteller

Rentner

Selbstständig (bitte auch Pkt 3. ausfüllen)

Zur Zeit bin ich versichert

bei der (Name und Adresse der Krankenkasse)

als: Mitglied

Familienversicherte(r)

seit: _____

über: _____
(Name des Hauptversicherten)

Familienstand:

ledig

verheiratet seit: _____

getrennt lebend

verwitwet

geschieden seit: _____

eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz seit: _____

2. Angaben zu Ihrer Familie

Ich habe keine mitzuversichernden Familienangehörigen

Ich habe mitzuversichernde Familienangehörige
(Die Angaben erfolgen auf einem gesonderten Familienfragebogen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert

nein

ja, **gesetzlich** versichert bei (Name der Krankenkasse):

ja, **privat** versichert bei (Name der privaten Krankenversicherung):
(wenn Kinder mitversichert werden sollen, fügen Sie bitte einen Einkommensnachweis des Ehegatten bei - §10 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Nr. V)

Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet Beiträge, Beitragserstattungen und Entgeltersatzleistungen per Datenübermittlung an die Finanzämter zu melden. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Datenübermittlung und – wenn Sie die StID nicht angegeben haben – einer maschinellen Ermittlung beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu. Auf Ihr Widerspruchsrecht weisen wir hin.

Ort, Datum

Unterschrift Tel.-Nr.

3. Bitte beantworten Sie folgende Fragen, wenn Sie sich als **freiwilliges Mitglied** versichern wollen

Meine beitragspflichtigen Einnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze

ja

nein

Ich habe Kinder
(Zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung reichen Sie uns bitte ggf. einen Nachweis Ihrer Elterneigenschaft ein.)

ja

nein

Die Mitgliedschaft bei meiner bisherigen Krankenkasse dauerte

von

bis

Ich möchte die Beiträge zur Kranken- und zur Pflegeversicherung von meinem Konto abbuchen lassen

ja

nein, mein Arbeitgeber überweist die Beiträge

Bank

Kontonummer

Bankleitzahl

Für hauptberuflich **Selbstständige:** Freiwillige Versicherung

mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag
(Bitte senden Sie mir die Unterlagen für Ihren Wahltarif Krankengeld⁺ zu)

ohne Anspruch auf Krankengeld

Ort, Datum

Unterschrift Tel.-Nr.