



Mitgliedschaftserklärung

Persönliche Angaben	Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der BKK ZF & Partner werden.			weiblich	männlich	divers
	Vorname		Nachname	Geburtsname		
	Geburtsdatum		Geburtsort	Geburtsland		
	Staatsangehörigkeit		E-Mail	Telefon		
	Straße, Hausnummer		PLZ	Ort		
	Bankverbindung: IBAN		BIC	Geldinstitut		
	Rentenversicherungsnummer		Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer (Geburtsort/-name angeben)			
Familienversicherung	Ich habe Kinder ja nein					
	Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei _____ Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (siehe Seite 3 und 4)					
Versicherungsgrundlagen	Ich möchte mich versichern als:			Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:		
	Arbeitnehmer(in)		Arbeitnehmer(in)	Name der Krankenkasse		
	Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit* <small>*Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small>		Freiwillige Versicherung			
	Rentner(in)		Auszubildende(r)	pflichtversichert		
	Rentenbezug seit _____ <small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.</small>		Praktikant(in)	freiwillig versichert		
	Ich befinde mich in Elternzeit bis _____		Student(in)	familienversichert		
			freiwillig Versicherte(r)	privat versichert		
		Selbstständige(r)	im Ausland versichert			
		Ich bin beihilfeberechtigt	Es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite)			
Anschrift Arbeitgeber:						
Firma			beschäftigt ab			
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort			
Telefon		E-Mail				

Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen.

Ich interessiere mich für den Wahltarif Prämienzahlung.

Datum, Unterschrift

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und nur zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben bei unserer Krankenkasse verwendet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Krankenkassenwechsel leicht gemacht

Bei einer Änderung Ihrer Mitgliedschaft (Statuswechsel), wie beispielsweise

- einem Arbeitgeberwechsel
- der Aufnahme einer Beschäftigung nach dem Studium
- oder dem Bezug von Arbeitslosengeld nach dem Ende einer Beschäftigung

ist ein sofortiger Wechsel der Krankenkasse möglich. Voraussetzung hierfür ist, dass der Beitritt zu uns als neue Krankenkasse spätestens 14 Tage nach Eintritt der Versicherungspflicht erfolgt. Die Bindungsfrist von 12 Monaten muss bei einem Statuswechsel nicht eingehalten werden.

Online oder offline – so einfach geht´s

1. Mitgliedschaftserklärung: online ausfüllen und absenden
onlinefiliale.bkk-zf-partner.de

oder offline ausfüllen (dieses Formular) und per E-Mail an **vertrieb@bkk-zf-partner.de** zurücksenden.

Alternativ nutzen Sie bitte unsere Postanschrift:

BKK ZF & Partner
Otto-Lilienthal-Straße 10
88046 Friedrichshafen

2. Sie erhalten umgehend die Mitgliedschaftsbescheinigung von uns.
3. Sie haben einen Arbeitgeber? Bitte informieren Sie die Personalabteilung über den Kassenwechsel. Bei anderen Meldestellen übernehmen wir die Mitteilung.

Datenschutzhinweis

Gern informieren und beraten wir Sie über Ihre Vorteile. Dazu gehören großartige Leistungsangebote, auch zu privaten Krankenzusatzversicherung unseres Kooperationspartners, speziell für Sie! Dazu benötigen wir von Ihnen einige persönliche Angaben und Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung. Damit wir leichter mit Ihnen Kontakt aufnehmen können, bitten wir Sie auch um Ihre Telefonnummer oder Ihre E-Mail-Adresse. Für Sie verbessern wir uns auch kontinuierlich – bitte helfen Sie uns dabei.

Für Ihre Einwilligung brauchen wir Ihr Geburtsdatum. Warum ist dies so? Sie können diese Erklärung erst selbst abgeben, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter **www.bkk-zf-partner.de/datenschutz**. Dort finden Sie auch eine Liste von uns beauftragten Dienstleistern, die Ihre Daten von uns erhalten wie z. B. der Produzent Ihrer Versichertenkarte oder das Briefdruckzentrum. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BKK ZF & Partner, Otto-Lilienthal-Str. 10, 88046 Friedrichshafen oder per E-Mail an unsere*n Datenschutzbeauftragte*n unter **datenschutzbeauftragter@bkk-zf-partner.de**

Einwilligung zu Werbezwecken (Artikel 6 Abs. 1 Buchst. A EU-DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK ZF & Partner meine angegebenen Kontaktdaten und die Information über mein Versicherungsverhältnis bei der BKK speichert und nutzt, um mich über die Vorteile, insbesondere Leistungsangebote der BKK sowie zu privaten Krankenzusatzversicherungen ihres Kooperationspartners zu informieren und zu beraten, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Leistungen, die ich als Versicherte*r der BKK ZF & Partner erhalte. Sie bleibt gültig, bis ich sie mit Wirkung für die Zukunft widerrufe. Mein Widerrufsrecht kann ich jederzeit gegenüber der BKK ZF & Partner, Otto-Lilienthal-Str. 10, 88046 Friedrichshafen wahrnehmen. Ich kann den Widerruf auch per E-Mail senden an **datenschutzbeauftragter@bkk-zf-partner.de**



Datum, Unterschrift (bei unter 15-jährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten erforderlich)

Name des Mitglieds:

Vorname des Mitglieds:

KV-Nummer:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds ab

- ▶ Ich war bisher im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
 im Rahmen einer Familienversicherung > versichert bei _____
 nicht gesetzlich krankenversichert bei Name der Krankenkasse _____
- ▶ Familienstand: ledig seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- ▶ Grund: Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat Sonstiges: _____
 Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen
- ▶ Beginn der Familienversicherung ab: _____
- ▶ Bei Rückfragen zu erreichen unter Telefon-Nr.: _____ E-Mail: _____
 (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehegatte/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z.B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z.B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m=männlich, w=weiblich, x=unbestimmt, d=divers)	(m) (w) (x) (d)	(m) (w) (x) (d)	(m) (w) (x) (d)	(m) (w) (x) (d)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	leibliches Kind* Stiefkind Enkel Pflegekind	leibliches Kind* Stiefkind Enkel Pflegekind	leibliches Kind* Stiefkind Enkel Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	(nein)	(nein)	(nein)

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung bestand • vom – bis • bei				
Art der bisherigen Versicherung:	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich	Mitgliedschaft Familienversicherung nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/-versicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Mehr als geringfügige Beschäftigung Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (monatlich) Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Einkünfte aus Kapitalvermögen, Kapitalabfindungen (monatlich) Bitte fügen Sie Nachweise bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag) Bitte fügen Sie den Rentenbescheid bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte
Sonstige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes) Bitte fügen Sie Nachweise bei.	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte	Ja, von _____ bis _____ EUR: _____ Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst, oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	von _____ bis _____	von _____ bis _____	von _____ bis _____
Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.				

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.