

# Mitgliedschafts- erklärung



## BKK ZF & Partner

Partner für Ihre Gesundheit



### Persönliche Angaben

Ja, ich möchte zum \_\_\_\_\_ Mitglied der BKK ZF & Partner werden.

weiblich  männlich

Vorname, Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Bankverbindung: IBAN

BIC

Geldinstitut

Rentenversicherungsnummer

Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer  
(Geburtsort/-name angeben)

### Familien- versicherung

Ich habe Kinder  ja  nein

Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (siehe Seiten 3 und 4)

### Versicherungsgrundlagen

#### Ich möchte mich versichern als:

Arbeitnehmer(in)

Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit\*  
\* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.

Rentner(in)

Rentenbezug seit \_\_\_\_\_  
Bitte aktuellen Rentenbescheid  
(auch Versorgungsbezug) beifügen.

Ich befinde mich  
in Elternzeit bis \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer(in)  
Freiwillige Versicherung

Auszubildende(r)

Praktikant(in)

Student(in)

freiwillig Versicherte(r)

Selbstständige(r)

Ich bin beihilfeberechtigt

Gezahlte Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge übermitteln  
wir für freiwillig versicherte Mitglieder an die Finanzverwaltung  
(bitte Steuer-ID eintragen).

Zustimmung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung

ja  nein, ich widerspreche

Ich zahle meine Beiträge selbst.  
Abbuchung erwünscht.

Steueridentifikationsnummer: | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | (11-stellige Nummer)

#### Anschrift Arbeitgeber:

Firma

beschäftigt ab

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

#### Ich war die letzten 18 Monate krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

privat versichert

im Ausland versichert

Kündigung ist bereits erfolgt

Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse

liegt bei

wird nachgereicht

**Nur mit dieser Kündigungsbestätigung kann  
Ihre Mitgliedschaft bei der BKK ZF & Partner beginnen!**

Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen.  Ich interessiere mich für Wahltarife.

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.

An die bisherige Krankenkasse

Vorname, Name, Anschrift

---

---

---

---

---

---

---

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt. Um die Zusendung der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 2 Wochen wird gebeten.

Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BKK ZF & Partner. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung direkt per Fax an die 07541 3908-221251, BKK ZF & Partner – Neukundenbetreuung, Postfach 1180, 88001 Friedrichshafen.

Diese der BKK ZF & Partner erteilte Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung zusammenhängen, insbesondere auch die ggf. erforderliche Erinnerung der Ausstellung/Zusendung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Name des Mitglieds

Vorname des Mitglieds

KV-Nummer:

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

### Allgemeine Angaben des Mitglieds

- ▶ Ich war bisher
    - im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
    - im Rahmen einer Familienversicherung
    - nicht gesetzlich krankenversichert
- } versichert bei \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse
- ▶ Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet
    - Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG  
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
  - ▶ Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
    - Beginn meiner Mitgliedschaft  Geburt des Kindes  Heirat
    - Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen  Sonstiges: \_\_\_\_\_
  - ▶ Beginn der Familienversicherung: \_\_\_\_\_
  - ▶ Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).
  - ▶ Meine E-Mail-Adresse lautet \_\_\_\_\_ (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. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

**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*				
* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> 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 /Krankenversicherung)		_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)	.....EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....	vom ..... bis .....

### Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
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 des Mitglieds

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 (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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.