



Mitgliedschaftserklärung

Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der BKK ZF & Partner werden. weiblich männlich divers

Persönliche Angaben

Vorname	Nachname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland
Staatsangehörigkeit	E-Mail	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Bankverbindung: IBAN	BIC	Geldinstitut
Rentenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> 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 Seiten 3 und 4)

Versicherungsgrundlagen

<p>Ich möchte mich versichern als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit* <small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small> <input type="checkbox"/> Rentner(in) Rentenbezug seit _____ <small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.</small> <input type="checkbox"/> Ich befinde mich in Elternzeit bis _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) Freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Auszubildende(r) <input type="checkbox"/> Praktikant(in) <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r) <input type="checkbox"/> Selbstständige(r) <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt 	<p>Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:</p> <p>_____</p> <p>Name der Krankenkasse</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> 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 über Ihre Online-Filiale: **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

x

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

- ▶ 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, d = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x) <input type="checkbox"/> (d)
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 (Art. 13 DS-GVO): 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.