

Ich möchte ab dem _____ Mitglied der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN (BKK W&F) werden.
(Bitte Datum eintragen)

Angaben zum Wechselgrund

- Wechsel im Kündigungsverfahren (nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist oder aufgrund Sonderkündigungsrecht)
- Wechsel aufgrund Statusänderung (z.B. Arbeitgeberwechsel, Ende Familienversicherung, Eintritt Sozialversicherungspflicht)
- Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzl. Krankenkasse)

Persönliche Angaben

<input type="text" value="Titel"/>	Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Geburtsname"/>
<input type="text" value="Vorname"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
<input type="text" value="Straße/Hausnummer"/>	<input type="text" value="Geburtsort und -land"/>
<input type="text" value="Adresszusatz"/>	<input type="text" value="Staatsangehörigkeit"/>
<input type="text" value="PLZ/Ort"/>	<input type="text" value="Familienstand"/>
<input type="text" value="Krankenversicherungsnummer"/>	<input type="text" value="Festnetzrufnummer (tagsüber)*"/>
<input type="text" value="Rentenversicherungsnummer"/>	<input type="text" value="Mobilfunknummer*"/>
<input type="text" value="Steuer-Identifikationsnummer"/>	<input type="text" value="E-Mail Adresse*"/>

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

Angaben zum Personenkreis und zur Vorversicherung

Ich bin bis zum Kassenwechsel

<input type="text" value="Versichert bei: (Name der Krankenkasse)"/>	
<input type="text" value="Versichert von"/>	<input type="text" value="Versichert bis"/>
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
<input type="checkbox"/> privat krankenversichert	<input type="checkbox"/> als Beschäftigte*r
<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> als Selbständige*r/Beamte*r
<input type="checkbox"/> im Ausland versichert	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Ich bin ab Kassenwechsel

<input type="checkbox"/> Beschäftigte*r	<input type="checkbox"/> Auszubildende*r	<input type="checkbox"/> Duale*r Student*in	<input type="checkbox"/> FSJ/FÖJ
<input type="checkbox"/> Selbständige*r	<input type="checkbox"/> Künstler*in (KSK)	<input type="checkbox"/> Beamte*r	<input type="checkbox"/> in Elternzeit
<input type="checkbox"/> Rentner*in**	<input type="checkbox"/> Student*in***	<input type="checkbox"/> Werkstudent*in***	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger*in***
<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher*in der Agentur für Arbeit**:	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II	

** Bitte Bescheid beifügen

*** Bitte Angaben zum Studium auf der Rückseite beachten

Angaben zum Arbeitgeber ab Kassenwechsel

erstmalige Beschäftigungsaufnahme in Deutschland

Firma	Beschäftigungsbeginn
Straße/Hausnummer	Telefonnummer
PLZ/Ort	Faxnummer
Betriebsnummer	Ansprechpartner

Höhe des jährlichen Bruttoeinkommens in Euro: Bis zu 6.240,00 € 6.241,00 € bis 66.600,00 € Über 66.600,00 €

Ich habe Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit: ja nein

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder am Unternehmen beteiligt: ja nein

Ich bin in mehr als einem Unternehmen tätig ja nein

Verwandtschaftsverhältnis/Erläuterung

Angaben zum Studium

Ich studiere an folgender (Hoch-)Schule/Fachhochschule:

Eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung habe ich dem Antrag beigelegt reiche ich sofort nach Erhalt ein

Ich bin neben dem Studium beschäftigt: ja (Arbeitgeber ist oben angegeben) nein

Wenn zuvor **ja** angegeben, bitte entsprechende Tätigkeit ankreuzen:

geringfügig entlohnte Tätigkeit (520,00 €) krankenversicherungspflichtige Tätigkeit Werkstudent*in

Ich bin neben dem Studium selbständig tätig: ja nein

Familienversicherung

Ich möchte Angehörige familienversichern ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu nein

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i.V.m. § 175 SGB V zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-wf.de/datenschutz.

Einwilligungserklärung zur erweiterten Datennutzung: Ich bin damit einverstanden, dass die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN zu informieren, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Unterschrift

Ort/Datum	✕ Unterschrift des Versicherten
-----------	---------------------------------

Bitte zurück an:

BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
Zentrale
Bahnhofstraße 19
34212 Melsungen

Ich wurde geworben von:

Name
Vorname
Straße/Hausnummer
Krankenversicherungsnummer