

Beitrittserklärung

1. Persönliche Angaben: (bitte ausfüllen bzw. ankreuzen! * = Freiwillige Angaben)

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße und Hausnummer:	PLZ und Ort:	Familienstand: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet	
Telefon: *	Handy: *	E-Mail: *	
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
für eventuelle Erstattungen: *			
IBAN: D E _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

2. Beginn der Mitgliedschaft:

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK Würth zum: _____ Tag . _____ Monat . _____ Jahr

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?

Ja, der Antrag liegt bei Ja, bitte Antrag zusenden Nein

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis: (bitte zutreffendes ausfüllen/ankreuzen)

Arbeitnehmer/in **Beschäftigungsbeginn:** _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____ Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers:

<p>Tel.: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>E-Mail: _____</p> <p>Betriebsnummer: _____ (wenn bekannt)</p>	
---	--

Meine Tätigkeit ist:
 ein Minijob (bis 450,- €) krankenversicherungspflichtig krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)
Beitragsabführung durch: (nur wenn versicherungsfrei)

Ich bin Auszubildende/r Nein Ja Arbeitgeber Arbeitnehmer

Rentner/in oder Rentenantragsteller/in

Ich beziehe folgende gesetzliche Rente(n): _____	Name des / der Rentenversicherungsträger(s): _____
Datum der Antragstellung: _____	Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheid beifügen)

4. Angaben zur letzten Versicherung:

Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der BKK Würth war ich:

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse privat krankenversichert

von: _____ bis: _____ bei: (Name der Krankenkasse) _____

5. Ort, Datum, Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Würth meine Steuer-Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erfragt und die Höhe meiner Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge maschinell an die Finanzverwaltung übermittelt (ggf. bitte streichen).

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift: