

# 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?	
<input type="checkbox"/> Ja, der Antrag liegt bei <input type="checkbox"/> Ja, bitte Antrag zusenden <input type="checkbox"/> Nein	

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis: (bitte zutreffendes ausfüllen/ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> <b>Arbeitnehmer/in</b>	
Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers:
	Tel.: _____
	Fax: _____
	E-Mail: _____
	Betriebsnummer: (wenn bekannt) _____
Meine Tätigkeit ist:	
<input type="checkbox"/> ein Minijob (bis 450,- €) <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)	
Ich bin Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
<input type="checkbox"/> <b>Rentner/in oder Rentenantragsteller/in</b>	
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:	
<input type="checkbox"/> Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (bitte Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V beifügen) <input type="checkbox"/> familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> 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: