

AUFNAHMEANTRAG



Ich möchte zum _____ bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt Mitglied bei der **BKK Textilgruppe Hof** werden.

| Meine Personalien | |
|--|--|
| Name: | Vorname: |
| Straße: | PLZ, Ort: |
| Telefon: | eMail: |
| Staatsangehörigkeit: | Rentenversicherungsnummer: |
| Familienstand: | Steueridentifikationsnummer: |
| beschäftigt / angestellt / tätig als: _____ | Geburtsdatum: Geburtsname: |
| Status: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | Geburtsort: |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Bankverbindung/IBAN: |
| Bezug von Leistungen von der Agentur für Arbeit bzw. vom Jobcenter: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Haben Sie Kinder: ja <input type="checkbox"/> , Anzahl _____ nein <input type="checkbox"/> |
| selbständig tätig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____ Name, Vorname, Geburtsdatum |
| Krankengeldbezug: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____ Name, Vorname, Geburtsdatum |
| Pflegegrad vorhanden: ja <input type="checkbox"/> , Pfl.grad _____ nein <input type="checkbox"/> | _____ Name, Vorname, Geburtsdatum |
| Rentenbezug ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____ Name, Vorname, Geburtsdatum |
| Betriebsrente/ Versorgungsbezug: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____ Name, Vorname, Geburtsdatum |
| <u>Ausländischer</u> Rentenbezug oder Versorgungsbezug: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | _____ Name, Vorname, Geburtsdatum |
| Auf die BKK Textilgruppe Hof hat mich aufmerksam gemacht: | |

Meine bisherige Versicherung / Angaben zur Familienversicherung

| | |
|--|--|
| Ich war bisher versichert bei _____ Name der bisherigen Krankenkasse | <input type="checkbox"/> eigene Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich, sondern privat versichert |
| Mein/e Ehegatte/in und / oder mein/e Kind/er sollen bei der BKK Textilgruppe Hof familienversichert werden | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte umseitigen Fragebogen ausfüllen) |
| Mein Ehegatte ist selbst Mitglied | <input type="checkbox"/> ja bei: |

Mein Arbeitgeber

| | |
|--|------------------------------------|
| Name | Beschäftigungsbeginn |
| Straße | PLZ, Ort |
| Telefon Faxnummer | Ansprechpartner Personalabrechnung |
| Mein regelmäßiges Arbeitsentgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (69.300 EUR/Jahr, 5.775 EUR/Monat): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der Pflegeversicherung. Die Bindungsfrist an die Mitgliedschaft beträgt 12 Monate. Die BKK Textilgruppe Hof ist dazu verpflichtet, alle von Ihnen selbst gezahlten und von uns erstatteten Beiträge an die Finanzverwaltung zu übermitteln.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5, 9, 10, 284 SGB V, §§ 20 und 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Die Daten werden selbstverständlich geschützt. Ihr Passbild für die Gesundheitskarte wird ausschließlich für die Gesundheitskarte gespeichert und verwendet. Die BKK Textilgruppe Hof übermittelt Ihr Passbild ausschließlich zur Qualitätssicherung und zur Herstellung der Gesundheitskarte an externe Dienstleister. Diese sind durch uns im besonderen Maße auf den Sozialdatenschutz verpflichtet. Selbstverständlich wird Ihr Passbild vertraulich behandelt und besonders geschützt. Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung des Passbildes können Sie jederzeit unter info@BKK-Textilgruppe-Hof.de widerrufen. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage (<https://www.bkk-textilgruppe-hof.de/datenschutz.html>).

Einwilligung:

Ich willige in die Speicherung und Verwendung meines hochgeladenen Passbildes im Rahmen der Gesundheitskarte für die Dauer meines Versicherungsverhältnisses ein.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung ab dem _____



1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Anschrift | |
| Geburtsdatum | |

➤ Ich bin/war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung

nicht gesetzlich krankenversichert

versichert bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit _____ verwitwet

➤ Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja, bei _____
Name und Sitz der Krankenkasse

➤ Ich bin tagsüber unter der Telefonnummer _____ zu erreichen.

2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll). Ist der/die mit den Kindern verwandte Ehegatte/-in privat versichert, bitten wir um Vorlage eines Einkommensnachweises über die Höhe des Bruttojahreseinkommens. Angaben zum Einkommen des/der Ehegatten/-in sind nicht erforderlich, wenn dieser/e Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

| | Ehegatte | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/> Tochter |
|---|---|--|--|--|
| Name (bei abweichenden Namen zum Mitglied bitte Nachweis beifügen) | | | | |
| Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Geburtsname | | | | |
| Aktuelle Staatsangehörigkeit | | | | |
| Rentenversicherungsnummer | | | | |
| gegebenenfalls abweichende Anschrift | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel | | | | |
| Erwerbstätigkeit liegt vor | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, sonst. Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Zinsen aus Kapitalvermögen, Abfindung | | | | |
| Schulbesuch / Studium voraussichtlich bis: (bitte bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr eine Schulbescheinigung beifügen) | ----- | | | |
| Wehr- oder Zivildienst (von – bis) | ----- | | | |
| Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde | | | | |

Über Änderungen werde ich Sie umgehend und unaufgefordert informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen verändert oder diese Versicherte einer (anderen) Krankenkasse werden. Ich willige in die Speicherung und Verwendung der hochgeladenen Passbilder im Rahmen der Gesundheitskarten für die Dauer der Versicherungsverhältnisse ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 5, 9, 10, 284 SGB V, §§ 20 und 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Die Passbilder für die Gesundheitskarten werden ausschließlich für die Gesundheitskarten gespeichert und verwendet. Die BKK Textilgruppe Hof übernimmt die Passbilder ausschließlich zur Qualitätssicherung und zur Herstellung der Gesundheitskarten an externe Dienstleister. Diese sind durch uns im besonderen Maße auf den Sozialdatenschutz verpflichtet. Selbstverständlich werden die Passbilder vertraulich behandelt und besonders geschützt. Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verwendung der Passbilder können Sie jederzeit unter info@BKK-Textilgruppe-Hof.de widerrufen. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage (<https://www.bkk-textilgruppe-hof.de/datenschutz.html>).