



Mitgliedschaftserklärung

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

Persönliche Angaben

Vorname	Nachname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname
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 (bitte Familienfragebogen zusenden)

Versicherungsgrundlagen

<p>Ich möchte mich versichern als:</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit* <small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Rentner(in)</p> <p>Rentenbezug seit _____ <small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.</small></p> <p><input type="checkbox"/> Ich befinde mich in Elternzeit bis _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) Freiwillige Versicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Auszubildende(r)</p> <p><input type="checkbox"/> Praktikant(in)</p> <p><input type="checkbox"/> Student(in)</p> <p><input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstständige(r)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt</p>	<p>Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:</p> <p>_____</p> <p>Name der Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert</p> <p><input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert</p> <p><input type="checkbox"/> im Ausland versichert</p> <p><input type="checkbox"/> Es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite)</p>
---	--	--

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.



BKK ZF & Partner

Partner für Ihre Gesundheit

