

**Beitrittserklärung** per Fax an 07021 7374297 oder per E-Mail an neukunden@bkk-scheufelen.de

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 28a i. V.m. § 77b SGB V 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. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungspflichten Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/ oder werden Ihnen auf Wunsch ausgetauscht. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK Scheufelen, Schillkopfstr. 65 in 72230 Kirchheim oder an unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bkk-scheufelen.de

**1. Persönliche Angaben:** Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen! \* Freiwillige Angaben

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Straße und Nr.:	PLZ und Ort:	Familienstand:	
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:	
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Für eventuelle Erstattungen IBAN: _____		Für eventuelle Erstattungen BIC: _____	
Ich bin Mutter / Vater eines / mehrerer Kindes/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Steuer-ID: _____	

**2. Beginn der Mitgliedschaft:** Bitte zutreffendes Feld ausfüllen bzw. ankreuzen!

**Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen zum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?  Ja, der Antrag liegt bei  Ja, bitte Antrag zusenden  Nein

**3. Angaben zum Versicherungsverhältnis:** Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

**Arbeitnehmer/in**

Name und Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_  
 Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers:  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_  
 Betriebsnummer: (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

Meine Tätigkeit ist:  
 ein Minijob (bis 450,-€)  krankenversicherungspflichtig  krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Ausbildung  FSJ  Beitragsabführung durch (nur wenn krankenversicherungsfrei)  
 Arbeitgeber  Arbeitnehmer

**Freiwillig Versicherte/r – Bitte zusätzlich die „Anlage zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung“ ausfüllen!**

Tätigkeit als:  Selbstständige/r  Beamte/r  Hausfrau/-mann bzw. nicht berufstätig  
 Freiwillige/r Rentner/in (Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt)  .....

**Student/in oder Schüler/in – Bitte Immatrikulations- bzw. Schulbescheinigung beifügen!**

Tag der Einschreibung / Anmeldung: \_\_\_\_\_ Name und Anschrift der Hochschule / Uni / Schule: \_\_\_\_\_

Ich bin Schüler/in und beende meine Schule vorauss. am: \_\_\_\_\_

**Rentner/in oder Rentenantragssteller/in – Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen!**

Ich beziehe folgende gesetzliche Rente(n): \_\_\_\_\_ Name des / der Rentenversicherungsträger(s): \_\_\_\_\_

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_ Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente):  
 Nein  Ja (Bitte Bescheid beifügen)

**Arbeitssuchende/r – Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!**

Ich beziehe folgende Leistung:  Arbeitslosengeld 1  Arbeitslosengeld 2 Ich beziehe die Leistung seit dem: \_\_\_\_\_

Kundennummer (wenn bekannt): \_\_\_\_\_ Ort des Leistungsträgers: \_\_\_\_\_

**4. Angaben zur letzten Versicherung:** Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen war ich:

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse  familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse  privat versichert  
 zugezogen aus dem Ausland

von – bis: ..... bei: (Name der Krankenkasse) .....

**5. Ort, Datum, Unterschrift:** Bitte ausfüllen!

Ich bestätige hiermit, dass sich mein Wohn- oder Beschäftigungsort in Baden-Württemberg befindet.

.....

Ort, Datum Unterschrift

Bitte SEPA-Lastschriftmandat einreichen!