

## Ja, ich möchte mich bei der BKK Scheufelen versichern

### Persönliche Angaben:

Mitgliedschaftserklärung ab:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ/Ort:	Familienstand:
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:
RV-Nummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Kontonummer:	BLZ:	Name der Bank/ggf. abw. Kontoinhaber
Einzugsermächtigung für Beiträge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Angehörige kostenfrei mitversichern? <input type="checkbox"/> Ja (Rückseite ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie Kinder? (Bitte Nachweis beilegen)

### Angaben zum Versicherungsverhältnis: Bitte zutreffendes Feld ausfüllen.

<input type="checkbox"/> <b>Arbeitnehmer/in</b>	<input type="checkbox"/> <b>Freiwillig Versicherte/r</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rentner/in o. Antragsteller/in</b>
Beruf:	<input type="checkbox"/> ja, ich beantrage die freiwillige Versicherung (bitte die Einkommenserklärung ausfüllen)	Rentenart:
wegen Höhe des Arbeitsentgelts: <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei	Der Steuerbescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Versorgungsbezüge: <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Name des Arbeitgebers:	Erhalten Sie Gründungszuschuss? <input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	Der Rentenbescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Telefonnummer:	<input type="checkbox"/> <b>Arbeitssuchend</b>	<input type="checkbox"/> <b>Student/in</b>
Straße:	Welche Leistung wird bezogen?	an folgender Hoch-/Fachhochschule:
PLZ, Ort:	seit (bitte Leistungsbescheid beifügen):	Tag der Einschreibung? /Studium vorauss. bis:
Betriebsnummer (wenn bekannt):	Kunden-Nummer (wenn bekannt):	Fachsemester (bitte Bescheinigung beifügen):
Auszubildende/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ort des Leistungsträgers:	Haben Sie Zivil- oder Wehrdienst geleistet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft:

<input type="checkbox"/> <b>gesetzlich krankenversichert</b>	von - bis:	Name und Ort der Krankenkasse:
<input type="checkbox"/> <b>privat krankenversichert</b>	von - bis:	Name und Ort der Krankenversicherung:
<input type="checkbox"/> <b>als Mitglied</b> <input type="checkbox"/> <b>familienversichert</b> <input type="checkbox"/> <b>Kündigungsbestätigung ist beigelegt</b> <input type="checkbox"/> <b>Kündigungsbestätigung wird nachgereicht</b>		
<input type="checkbox"/> <b>nicht krankenversichert</b>	von - bis:	Grund (z.B. Auslandsaufenthalt):

### Meine Empfehlung: Folgende Person hat auch Interesse an unseren Vorteilen. Für die Empfehlung erhalten Sie 20,- € Werbepremie.

Name, Vorname:	Anschrift:	Telefon*:
----------------	------------	-----------

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

Ort, Datum, Unterschrift:

\*Die Angaben sind freiwillig. Die persönlichen Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Datenschutzhinweis (§67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

# Angaben zur Familienversicherung:

## 1. Mitglied

Name	Vorname	geboren am	Rentenvers.-Nr.
<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Ich war bisher selbst versichert <input type="checkbox"/> Ich war bisher familienversichert bei			
Name der Krankenkasse und Ort		durch	
Name des Mitglieds		geboren am	

## 2. Ehegatte

<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist nicht selbst versichert		<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte war selbst versichert bis _____	
<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist selbst versichert bei der _____			
Name der Krankenkasse und Ort			
Vorname	geboren am	Einkommen	Monatlich brutto €      Art des Einkommens
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

(Zum Einkommen zählen auch Mieteinnahmen, Kapitalerträge etc.)

## 3. Kinder

**(Dieses Feld ist auszufüllen, wenn ihre Kinder entweder bereits bei uns versichert sind oder bei uns in Zukunft versichert werden sollen.)**

	Kind		Kind		Kind		Kind	
Name								
Vorname								
Geburtsdatum								
ggf. abweichende Anschrift								
Verwandtschaftsverhältnis zu Versicherten: Leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel								
Bisher selbst krankenversichert bei (Name der Krankenkasse)	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis
Bisher familienversichert bei (Name der Krankenkasse)	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis
Arbeitsverhältnis/selbstständige Tätigkeit liegt vor	<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 <input type="checkbox"/> Nein	
Monatliches Bruttoeinkommen insgesamt	€		€		€		€	
Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Bafög								
Schulbesuch/Studium voraussichtlich bis Ab 18 Jahre bitte Schulbescheinigung beifügen.								
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	vom	bis	vom	bis	vom	bis	vom	bis
Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn das Bruttoeinkommen sich erhöht oder einer der o. a. Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.								

## 4. Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes
Telefon	Unterschrift des Ehegatten
Mit der Angabe dieser Daten zur Prüfung der Familien-Versicherung bin ich einverstanden.	Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

RV-Nummer:

An die

**Kündigung meiner Mitgliedschaft**  
**Geburtsdatum:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihrer Krankenkasse fristgemäß zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

Ich bin an keinerlei Kontaktaufnahme interessiert (weder per Post, Telefon noch sonstiger Art) und wünsche außer der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen keinen Kontakt und verweise auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG.

Bei Zuwiderhandlung behalte ich mir weitere Schritte vor.  
Vielen Dank für Ihr Verständnis und die Akzeptanz meiner Entscheidung.

Mit freundlichen Grüßen