

Ja, ich will ab \_\_\_\_\_ Mitglied der BKK Pfalz werden

**Persönliche Daten**

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Komma)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Rentenversicherungsnummer<sup>1)</sup> (bitte unbedingt angeben)

Staatsangehörigkeit

Wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden ist, bitte zusätzlich auch die Felder „Geburtsname“ und „Geburtsort“ ausfüllen:

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsdatum

Geschlecht

Geburtsland

männl.

weibl.

Telefon privat/tagsüber (WICHTIG FÜR RÜCKFRAGEN)

E-Mail

Ja, ich möchte am Bonusmodell VorsorgePLUS teilnehmen.

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Arbeitgebername

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

und Ort des Arbeitgebers

Arbeitgeber-Betriebsnummer<sup>2)</sup>

Ich bin dort beschäftigt seit

als (Berufsbezeichnung)

Telefon

Ich bin mit/bei meinem Arbeitgeber verwandt oder als Gesellschafter beteiligt  Ja  Nein

Art der Verwandtschaft/der Unternehmensbeteiligung \_\_\_\_\_

Wo bestand Ihr letzter Krankenversicherungsschutz \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Dort bin ich  selbst gesetzlich versichert  als Familienangehörige/r gesetzlich mitversichert  privat versichert

Die Kündigungsbestätigung ist beigefügt

Ja  Nein, werde ich sobald als möglich nachreichen  habe ich keine, ich war bisher:  privat versichert  familienversichert

Ich bin

als Arbeitnehmer pflichtversichert

als Arbeitnehmer freiwillig versichert

Der Beitrag zur Krankenversicherung wird durch meinen Arbeitgeber überwiesen  Ja  Nein

selbstständig seit dem \_\_\_\_\_

arbeitslos gemeldet beim Arbeitsamt \_\_\_\_\_ (bitte Kopie des Bescheids beilegen)

Rentner (bitte aktuelle Rentenbescheide beilegen)

Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Sonstige freiw. Versicherte

Beziehen Sie zusätzlich zu Ihrem Einkommen eine Rente?

Ja (bitte Bescheid beilegen)

Nein

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?

Ja (bitte Zusatzfragebogen ausfüllen)

Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V). Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Abrechnungs-Nr. 20394.....

Waldemar Gonsior

1) Diese Nummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis, auf den Meldungen zur Sozialversicherung oder in den Personalunterlagen Ihres Arbeitgebers. Berufsanfänger, die noch keine Nummer erhalten haben, bitte Geburtsname und Ort angeben. Bsp. für solch eine Nummer: 23 010168 B 502

2) Diese Nummer erhalten Sie in der Personalabteilung Ihres Arbeitgebers. Sie steht auch auf der letzten Meldung zur Sozialversicherung (Nachweis über Ihre gezahlten Rentenversicherungsbeiträge) Ihres jetzigen Arbeitgebers. Die Betriebsnummer ist 8-stellig und wurde vom Arbeitsamt Ihrem Betrieb zugeteilt.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kündigung der Mitgliedschaft, KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich von meinem Kündigungsrecht Gebrauch machen und meine Mitgliedschaft zum \_\_\_\_\_ kündigen, vorbehaltlich zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Um eine Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 SGB V innerhalb von 14 Tagen wird gebeten.

Die Krankenversichertenkarte werde ich Ihnen nach dem Ende der Mitgliedschaft zusenden.

Von Rückwerbeversuchen jeglicher Art bitte ich abzusehen!

Freundliche Grüße