

# BKK DR. OETKER BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte zum

Mitglied der BKK Dr. Oetker werden.

Die Erklärung zu den Zahlen in den Klammern entnehmen Sie bitte der Ausfüllhilfe.

## 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsname		Telefon, tagsüber erreichbar	Mobil-Nr.	
Straße	Haus-Nr.	E-Mail		
PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit		
Rentenversicherungsnummer (1)		Geburtsort	Geburtsland	

## 2. Familienstand

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden seit  Mein Ehe- / Lebenspartner nach dem LpartG ist versichert bei

## 3. Tätigkeit

Beschäftigter  Auszubildender  Student (2)  Elternzeit  Sonstige (z.B. Hausfrau / -mann (3), Schüler (4))

selbstständig / freiberuflich (5)  Rentner (6)  ALG / ALG II Bezieher (7)

Nur für Selbstständige / Freiberufler: Ich beantrage  gesetzliches Krankengeld (ab der 7. Woche)  Krankentagegeld Wahltarif  kein Krankengeld

## 4. Zusätzliche Einnahmen

Neben den Einnahmen aus der unter 3. angegebenen Tätigkeiten erhalte ich **zusätzlich**  Versorgungsbezüge (10)  Rente (6)

## 5. Arbeitgeber

Firmenname		Telefon-Nr. der Personalabteilung (falls bekannt)		
Straße	Haus-Nr.	PLZ	Ort	

## 6. Vorversicherung – bitte die letzten 18 Monate angeben.

Ich war zuletzt:

pflicht-versichert	freiwillig-versichert	familien-versichert	privat-versichert (8)	nicht-versichert	vom	bis	letzte Krankenkasse (9)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## 7. Beitragszahlung

Die Beiträge zahlt:  Arbeitgeber  Leistungserbringer (11)  überweise ich selbst  sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden

Kontonummer	BLZ	Name der Bank	
Kontoinhaber Name (nur wenn abweichend vom Antragsteller)		Kontoinhaber Vorname (nur wenn abweichend vom Antragsteller)	

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?  ja  nein **Wenn „Ja“ angekreuzt wird, bitte beiliegenden Familienbogen ausfüllen.**

Datum	Ort
Unterschrift	

### 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, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

## ■ AUSFÜLLHILFE

### Ausfüllhilfe zum Bogen „Beitrittserklärung“

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei!

1. Bitte aus Sozialversicherungsausweis / Gehaltsabrechnung entnehmen. Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte unbedingt Geburtsort und -land sowie Geburtsname ausfüllen.
2. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.
3. Bitte Auskunft über das eigene Einkommen sowie des Ehepartners beifügen. Bei Kindern (nur gemeinsam unterhaltsberechtigter Kinder) eine Versicherungsbescheinigung beifügen, sofern diese nicht in der gesetzlichen Familienversicherung versichert sind.
4. Bitte Schulbescheinigung beifügen.
5. Bitte Kopie des aktuellen Steuerbescheides und der Gewerbeanmeldung beifügen.
6. Bitte Kopie des Rentenbescheides der Deutschen Rentenversicherung beifügen.
7. Bitte Kopie des aktuellen Bescheides der zuständigen Agentur für Arbeit / Arbeitsgemeinschaft beifügen. Bitte unbedingt Kundennummer angeben.
8. Bitte Bescheinigung der zurückgelegten Versicherungszeiten in der privaten Krankenversicherung beifügen.
9. Bitte eine Kopie der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse beifügen.  
**Bitte beachten Sie: Der Beitritt kann nur erfolgen, wenn eine Kopie der Kündigungsbestätigung vorliegt.** (Entfällt, wenn Sie in den letzten **18 Monaten** familienversichert oder nicht gesetzlich krankenversichert waren.)
10. Bitte Kopie des Bescheides (Betriebsrente, Pension, Direktversicherung o. Ä.) beifügen.
11. Leistungserbringer sind unter anderem die Rentenversicherungsträger, die Agentur für Arbeit und die Arbeitsgemeinschaft.

