



Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung

Werber

| | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Straße | PLZ | Ort |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Name der Bank/Kreditinstitut | BLZ | Kontonummer |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |

(Gewünschte Prämie bitte ankreuzen)

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 20 Euro | <input type="checkbox"/> Jahreslos der „Aktion Mensch“ | <input type="checkbox"/> Isio Strauch- und Grasscheren-Set (als Doppelwerberprämie) |
|----------------------------------|--|--|

Personalien neues Mitglied

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Name | Vorname | Geschlecht |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Straße | PLZ | Ort |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Sozialversicherungsnummer ¹ | Geburtsdatum | Geburtsort |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Staatsangehörigkeit | Familienstand | Geburtsname |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Haben Sie Kinder? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Telefon privat | Geschäftlich | E-Mail |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Name der Bank/Kreditinstitut | BLZ | Kontonummer |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |

Beschäftigungs- verhältnis

| | | |
|---|--|--|
| Besteht seit | Beginnt am | Tätig als |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Ausbildungsverhältnis als | Dauer der Ausbildung | Arbeitgeber |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Anschrift | Telefon | Abteilung |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |
| Personalnummer | Krankenkasse während der letzten 18 Monate | |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | |
| Ich war zuletzt | <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert |
| _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> familienversichert |
| Die Mitgliedschaft bei der BKK beginnt am | <input type="checkbox"/> pflichtversichert | <input type="checkbox"/> freiwillig versichert |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |

Sonstige Angaben

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Beziehen Sie Rente oder haben Sie Rente beantragt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| _____ _____ _____ | _____ _____ _____ | _____ _____ _____ |

¹ Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.

Mitversicherte Familienangehörige

Bitte beantworten Sie immer die Fragen zum Ehepartner, wenn Sie die Mitversicherung von Kindern beantragen.

Ehepartner

| | | | |
|--|--|--|--|
| Name | Vorname | Geschlecht | |
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in | <input type="checkbox"/> selbstständig tätig | <input type="checkbox"/> Beamtenverhältnis | <input type="checkbox"/> |
| Sozialversicherungsnummer ¹ | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsname |
| selbst krankenversichert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Name und Sitz der Krankenkasse |
| Eigenes monatl. Einkommen ² | <input type="checkbox"/> kein Einkommen | <input type="checkbox"/> Höhe EUR | <input type="checkbox"/> über EUR 4.162,50 |

Kind/Kinder

Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schulbescheinigung, bei Wehr- oder Zivildienst bitte Dienstbescheinigung beifügen.

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Name | Vorname | Geschlecht | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Enkel | <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind |
| Sozialversicherungsnummer ¹ | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsname | |
| Schulbesuch/Studium vom/bis | Wehr-/Zivildienst vom/bis | | | |
| Eigenes monatl. Einkommen ² | <input type="checkbox"/> kein Einkommen | <input type="checkbox"/> Höhe EUR | <input type="checkbox"/> über EUR 365,- | |

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Name | Vorname | Geschlecht | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Enkel | <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind |
| Sozialversicherungsnummer ¹ | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsname | |
| Schulbesuch/Studium vom/bis | Wehr-/Zivildienst vom/bis | | | |
| Eigenes monatl. Einkommen ² | <input type="checkbox"/> kein Einkommen | <input type="checkbox"/> Höhe EUR | <input type="checkbox"/> über EUR 365,- | |

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Name | Vorname | Geschlecht | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | <input type="checkbox"/> Enkel | <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind |
| Sozialversicherungsnummer ¹ | Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsname | |
| Schulbesuch/Studium vom/bis | Wehr-/Zivildienst vom/bis | | | |
| Eigenes monatl. Einkommen ² | <input type="checkbox"/> kein Einkommen | <input type="checkbox"/> Höhe EUR | <input type="checkbox"/> über EUR 365,- | |

² Anzugeben ist das Bruttoeinkommen. Dazu zählen z.B. Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt, Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen

Unterschriften

Ich erkläre, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen. Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse lege ich bei.

| | |
|---|--------------|
| Datum | Unterschrift |
| ggf. Unterschrift der Familienangehörigen | |

Sonstiges

Die Bosch BKK freut sich, Sie als neues Mitglied begrüßen zu dürfen. Die Versichertenkarte unserer Kasse wird Ihnen rechtzeitig zugeschickt. Bitte beachten Sie, dass Sie diese erst nach Beginn der Mitgliedschaft verwenden dürfen. Bis zu diesem Zeitpunkt benutzen Sie bitte die Versichertenkarte Ihrer bisherigen Krankenkasse.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Die Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse ist freiwillig.