



BKK BPW Bergische Achsen KG  
Postfach 1144 · D-51655 Wiehl

## Beitrittserklärung

Ja, ich möchte ab dem \_\_\_\_\_ Mitglied der **BKK BPW Bergische Achsen KG** werden

Ich bin  Arbeitnehmer/in  Auszubildende/r  pflichtversichert  freiwillig versichert  
 selbstständig  Student/in  Rentner/in  arbeitslos, Hausfrau/Hausmann, sonstiges

Bisher war ich als \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ versichert  
(z.B. Pflichtmitglied, Familienangehörige/r)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Freiwillige Angaben:

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung** Bank \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

Ich habe Kinder  ja  nein  
Soll Ihre Familie ohne Mehrkosten mitversichert werden?  ja  nein  
Wenn ja, dann füllen Sie bitte den rückseitigen Familienfragebogen aus.

### Ihr Arbeitgeber

Firmenname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Meine Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Ich bin bei der BKK BPW versichert und habe das neue Mitglied geworben.**

Beim Zustandekommen der Mitgliedschaft erhalte ich dafür 25 € als Prämie auf das angegebene Konto.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ KV-Nummer \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Meine Unterschrift

Bitte vergessen Sie nicht die Kündigungsbestätigung Ihrer vorherigen Krankenkasse mit einzureichen!

**Angaben zur Feststellung der Familienversicherung**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

**1. Allgemeine Angaben des Mitglieds**

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft
- im Rahmen einer Familienversicherung
- nicht gesetzlich krankenversichert



versichert bei

KV-Nr. oder Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name und Sitz der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_  verwitwet  
 Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LpartG  
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Mein Ehegatte ist selbst versichert  Nein  Ja bei

\_\_\_\_\_ Name und Sitz der Krankenkasse

Ich bin tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen (freiwillige Angabe).

**2. Familienangehörige**

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurücksenden. Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: Sohn, Tochter, Stief-, Pflegekind, Enkel	XXXXXXXXXXXXXX			
Eigene Versicherung bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<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 <input type="checkbox"/> Ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	€	€	€	€
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung) Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	€  (Art der Einkünfte)	€  (Art der Einkünfte)	€  (Art der Einkünfte)	€  (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXXXX	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXXXX	vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

**3. Angaben zur Vergabe der Krankenversicherungsnummer**

Rentenversicherungsnummer				
---------------------------	--	--	--	--

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

Geburtsname				
Geburtsort/Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Mitglieds \_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift erkläre ich die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben.

