



Weil Sie uns wichtig sind ...

BKK VICTORIA-D.A.S.
Fischerstraße 8
40477 Düsseldorf

Beitrittserklärung

Ihre BKK VICTORIA-D.A.S. bietet Ihnen einen umfassenden Versicherungsschutz. Dazu benötigen wir Ihre Angaben und bitte vergessen Sie nicht zu unterschreiben.

Ja, ich möchte ab Mitglied der BKK VICTORIA - D.A.S. werden!

alte Bundesländer neue Bundesländer

Meine persönlichen Daten:

Name: Vorname:
Straße: PLZ/Ort:
Telefon dienstlich: Telefon privat: Geschlecht(m/w):
Geburtsdatum: Geburtsort: Geburtsname:
Staatsangehörigkeit: Familienstand: Kinderlos: Ja Nein
Rentenversicherungsnummer Steueridentifikationsnummer:

Meine Bankverbindung:

Kontonummer: Bankleitzahl:
Kreditinstitut:

Berufliche Tätigkeit: Angestellte/r / Arbeiter Auszubildende/r Student/in Rentner/in
selbstständig Sonstiges

Krankenversicherung: pflichtversichert freiwillig versichert

Angaben zu meinem Arbeitgeber:

Name: Beginn der Beschäftigung:
Straße: PLZ/Ort:
Telefon: Personal-Nr.: Ansprechpartner: Betriebs-Nr.:
(Bitte im Personalbüro erfragen)

Allgemeine Angaben:

In den letzten 18 Monaten war ich wie folgt versichert (Angaben sind erforderlich – bitte Mitgliedsbescheinigung und ggf. Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen, soweit Sie die Mitgliedschaft gekündigt haben):

Table with 3 columns: Zeitraum, Art der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen), Name, Anschrift der Krankenkasse

Ich beziehe eine Rente Nein Ja Rentenart:
Rentenversicherungsträger:

Ich erhalte Versorgungsbezüge Nein Ja Zahlstelle:

Mein Ehegatte ist selbst versichert Nein Ja bei:

Meine Familienangehörigen sollen beitragsfrei mitversichert werden: Nein Ja

Ort: Datum: Unterschrift:

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 Sozialgesetzbuch V (SGB V) i. V. mit § 284 SGB V. Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Anfrage der Steueridentifikationsnummer und zur Übermittlung der Höhe der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung.

Haben Sie noch Fragen? Wir sind gerne für Sie da: Tel.: 0211 / 477-6171; Fax: 0211 / 477-7563



Bitte zurück an: BKK VICTORIA-D.A.S., Postfach 10 15 36, 4006 Düsseldorf

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Ich war bisher

im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft

im Rahmen einer Familienversicherung } versichert bei _____

nicht gesetzlich krankenversichert } 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

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung

Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat

Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstiges _____

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe)

2. Angaben zu den Familienangehörigen

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihre Angehörigen bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach der Unterschrift zurücksenden. Angaben für Ihren Ehegatten/Lebenspartner 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/Lebenspartner sind nicht erforderlich, wenn dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*				
*Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben.				
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. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden)	_____	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

3. Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, bitte Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde, eintragen (Vorname) (Name) (Vorname) (Name) (Vorname) (Name) (Vorname) (Name)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Name der Krankenkasse / Krankenversicherung		_____	_____	_____

4. Sonstige Angaben zur den Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
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
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) - bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<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
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung).	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (bitte bei Kinder ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)	_____	vom..... bis	vom..... bis	vom..... bis
Wehr- oder Zivildienst (bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	_____	vom..... bis	vom..... bis	vom..... bis

5. Angabe zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
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 des 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.