

Mitgliedschaftserklärung



Persönliche Angaben

Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der ZF BKK werden.

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____ E-Mail _____ Telefon _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Rentenversicherungsnummer _____ ☐ Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer (Geburtsort/ -name angeben)

Familienversicherung

Ich habe Kinder ☐ ja ☐ nein

☐ Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei _____

☐ Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (bitte Familienfragebogen zusenden)

Mein Status

- ☐ Arbeitnehmer/-in
- ☐ Arbeitnehmer/-in Freiwillige Versicherung
- ☐ Auszubildende/-r
- ☐ Ich befinde mich in Elternzeit bis _____
- ☐ Leistungsbezieher/-in der Agentur für Arbeit
(Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.)
- ☐ Rentner/-in
(Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.)
- ☐ Student/-in
- ☐ Freiwillig Versicherte/-r
- ☐ Selbstständige/-r
- ☐ Ich bin beihilfeberechtigt

Arbeitgeber/-in

Firma _____

Beschäftigt ab _____

Straße / Nr. _____

PLZ _____

Ort _____

Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei: _____ Name der Krankenkasse

- ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat versichert
- ☐ im Ausland versichert ☐ es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite)

☐ Ich willige ein, dass die ZF BKK und ihre Pflegekasse meine Kontaktdaten und weitere Angaben verarbeiten und mich zu Leistungs-, Beitrags- und Versicherungsthemen, eigenen Produkten, Serviceverbesserungen sowie für Kundenbefragungen kontaktieren dürfen.

Datum und Unterschrift _____

Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse verarbeitet und streng vertraulich behandelt. Alle Angaben / Erklärungen / Hinweise gelten auch für unsere Pflegekasse. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie dazu ein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz, insbesondere zur Wahrung Ihrer Rechte, zu den Rechtsgrundlagen (DSGVO, BDSG, Sozialgesetzbücher) der Verarbeitung und unserer Aufsicht, finden Sie unter <http://www.zfbkk.de/datenschutz>.

Die Einwilligung können Sie jederzeit ganz oder teilweise schriftlich an ZF BKK, 88043 Friedrichshafen oder über die Online-Geschäftsstelle widerrufen. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs.1 lit.a DSGVO. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer für die genannten Zwecke und in direktem Auftrag.

Der direkte Weg zu uns – ganz ohne Umwege.

Wenn sich Ihre berufliche oder persönliche Situation ändert – etwa durch

- einen Arbeitgeberwechsel,
- den Berufseinstieg nach dem Studium
- oder den Bezug von Arbeitslosengeld

dann können Sie sofort zu uns wechseln. Die gesetzliche Bindungsfrist von zwölf Monaten entfällt.

Wichtig ist nur: Ihre Mitgliedschaftserklärung muss **innerhalb von 14 Tagen** nach Beginn der Versicherungspflicht bei uns eingehen.

Wechsel leicht gemacht – so geht's

1

Mitgliedschaft erklären

Wählen Sie Ihren Weg:

- digital über online.zfbkk.de
- per E-Mail an vertrieb@zfbkk.de
- oder klassisch per Post:

ZF BKK
88043 Friedrichshafen

2

Mitgliedschaftsbescheinigung erhalten

Nach Eingang Ihrer Erklärung stellen wir Ihnen umgehend Ihre Mitgliedsbescheinigung aus.

3

Arbeitgeber informieren

Wenn Sie angestellt sind, informieren Sie bitte Ihre Personalabteilung über den Kassenwechsel. Um alles Weitere kümmern wir uns.