

Mitgliedsantrag

Ja, ich möchte ab dem **Mitglied der BKK firmus werden!**

Persönliche Angaben: Frau Herr

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße | Hausnummer _____

PLZ | Ort _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____

E-Mail _____

_____ | _____
Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

sonst: Geburtsort, -land _____ Geburtsname _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand
 ledig verheiratet getrennt lebend geschieden
 verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Lichtbild für die eGK:

Das Passfoto für die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

lege ich bei reiche ich nach liegt bereits vor

Angaben zum letzten Versicherungsverhältnis:

Meine bisherige Krankenkasse _____

Ort _____

von _____ bis _____

Versichertennummer (Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte.) _____

Art der bisherigen Versicherung
 pflichtig freiwillig privat familienversichert

Angaben zur Familie:

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern: Ja Nein

Ehegatte Lebenspartner Kind/er

Den Antrag auf Familienversicherung

lege ich bei reiche ich nach bitte zusenden

Nachname, Vorname des Ehegatten/Partners _____

Krankenkasse des Ehegatten/Partners _____

Angaben für die Versicherung bei der BKK firmus:

Ich erhalte

Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II Sozialhilfe
Bitte fügen Sie die Bescheide in Kopie bei.

Ich bin

Rentner/Pensionär Künstler/Publizist Beamter
Bitte fügen Sie die Bescheide in Kopie bei.
 Schüler an der Berufsfachschule im Vollzeitunterricht

Schule: _____

Sonstiges: _____

Angabe zu den Einkünften:

Meine monatlichen Einnahmen betragen € _____

Art der Einnahmen: _____

Meine einmaligen Bezüge betragen insgesamt jährlich € _____
(z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld)

Art der Einnahmen: _____
Bitte fügen Sie zu den vorhandenen Einnahmen Nachweise in Kopie bei.

Rentenbezug:

Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.
 Ich erhalte Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrente, Pension).

Datenschutz und Einwilligung:

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

x

Datum _____

Unterschrift _____

KVNR / Mandatsreferenz	BNR
------------------------	-----

Name Versicherter / Firma

Straße, PLZ Ort

Bitte senden an:

BKK firmus 29192 Bremen
--

Telefax: 0421 6434-451
E-Mail: info@bkk-firmus.de

Einzugsermächtigung und Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Gültig für Beiträge ab

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers BKK firmus, Gottlieb-Daimler-Straße 11, 28237 Bremen	Gläubiger-Identifikationsnummer DE46ZZZ00000026592
--	--

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die BKK firmus Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BKK firmus auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die BKK firmus mich / uns über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (des Kontoinhabers)	
IBAN (22 Stellen) DE	
BIC (11 Stellen)	
Name des Kreditinstituts	
Ort, Datum	ggf. Firmenstempel
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	