

Mitgliedschaftserklärung

ZFBKK

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)

Die ZF BKK darf mich zu Leistungsansprüchen, Beitrags- und Versicherungsthemen, Serviceverbesserungen sowie zu eigenen Produkten kontaktieren und informieren.

Ich wirke an Befragungen mit, um zur Weiterentwicklung und Verbesserung der ZF BKK – z.B. in Bezug auf Leistungen und Service – beizutragen.

Datum und Unterschrift

Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung 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 sein. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz, insbesondere zur Wahrung Ihrer Rechte sowie zur Möglichkeit Einwilligungen zu widerrufen, zu den Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und unserer Aufsicht, finden Sie unter www.zfbkk.de/datenschutz

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.