

Bitte senden an:

ESSO BKK
Osterbekstraße 90a
22083 Hamburg

Beitrittserklärung

Ich möchte zum _____

Mitglied der ESSO BKK werden.

Wichtig: Bitte unbedingt Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse beifügen
(ohne diese kann die Mitgliedschaft bei der ESSO BKK nicht erfolgen)!

Name
Vorname
Geburtsdatum
Rentenversicherungsnummer
Straße
PLZ / Wohnort
Telefon dienstlich*
Telefon privat*
Status (z.B. Arbeitnehmer, Student, Rentner, Selbstständiger, Arbeitsloser)
Ich beziehe eine gesetzliche Rente: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ich erhalte Versorgungsbezüge (Pension/Betriebsrente) <input type="checkbox"/> (bitte Bescheid beifügen)

A R B E I T G E B E R (nur für Arbeitnehmer)
Name
Straße
PLZ / Ort
Telefon*
Betriebsnummer (falls bekannt)*
Ausgeübte Tätigkeit*

Meine jährlichen Brutto-Einkünfte liegen

über 49.950,- €

unter 49.950,- €

(Selbstständige bitte in diesem Fall Kopie des letzten
Einkommensteuerbescheides beifügen)

FB0912 © Copyright ESSO BKK 2009

Ich war in den letzten 18 Monaten

freiwillig versichert

pflichtversichert

familienversichert

privat versichert

von _____ bis _____

bei (Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse) _____

Ort, Datum

Unterschrift

H I N W E I S :

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§§ 284 und 206 SGB V) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung. Die Angaben mit * sind freiwillig.

Bitte wenden!

Angaben zur Feststellung der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Ich bin ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet geschieden seit _____

Ich habe Kinder nein ja (bitte amtliches Dokument beifügen)

Meine Kinder sollen bei meiner Krankenkasse versichert werden nein ja

Mein Ehegatte ist selbst versichert nein ja, bei _____
Name und Anschrift der Krankenkasse

2. Familienangehörige

Dieses Feld bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen; andernfalls reichen Sie den Vordruck bitte nach Unterschrift unter Ziffer 4 zurück. (Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns nur für Ihre Kinder die Familienversicherung durchgeführt werden soll.)

	Ehegatte	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied: z.B. leibliches Kind, Stief- oder Pflegekind, Enkel	_____			
Mtl. Brutto-Einkommen des Angehörigen insgesamt	€	€	€	€
Einkommensart: z.B. Arbeitsentgelt einschl. Sachbezüge, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente, Versorgungsbezug, Miete, Pacht				
Schulbesuch / Studium voraussichtlich bis *	_____			
Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

* Ab dem 23. Lebensjahr bitte Schul- / Studienbescheinigung beifügen.

Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn das Bruttoeinkommen sich erhöht oder einer der oben genannten Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird.

3. Angabe zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

	Ehegatte	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Sohn
Rentenversicherungsnummer:				
<i>Die folgenden Angaben werden nur benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:</i>				
Geburtsort				
Geburtsname				
Staatsangehörigkeit				

4. Unterschrift

Mit der Angabe dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift des Ehegatten

Unterschrift des Mitglieds

Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben