

**Achtung:** Die Mitgliedschaft kann nur durchgeführt werden, wenn Sie dieser Erklärung die Kündigungsbestätigung Ihrer vorherigen Kasse beilegen.



Bei der Metzinger BKK können Sie sich versichern, wenn Sie in Baden-Württemberg oder Thüringen wohnen bzw. arbeiten.

### Mitgliedschaftserklärung

Nur durch Metzinger BKK zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter

Ich möchte ab dem   Pflichtmitglied  freiwilliges Mitglied der Metzinger BKK werden.

Vermittlernummer

Sozialversicherungsnummer (unbedingt angeben – immer 12-stellig):

**Personalien**

Name

Vorname  Weiblich  Männlich

Straße, Nr.

PLZ  Ort

Nationalität  Bundesland

Telefon  E-Mail

Familienstand

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Übermittlung der gezahlten bzw. erstatteten Beiträge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.  Ja  Nein

Meine Steuer-ID lautet

**Wenn noch keine Sozialversicherungsnummer beantragt wurde:**

Geburtsdatum  Geburtsname

Geburtsort  Geburtsland

**Ich bin Arbeitnehmer/in**  Ja  Nein (Falls nein, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Als Arbeitnehmer/in bin ich freiwillig versichert.  Ja  Nein (Dies gilt, wenn Jahresgehalt über 59.400,00 Euro liegt.)

Der Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Versicherung ab.  Ja  Nein (Falls nein, bitte Angaben auf Rückseite zu Zahlungsweise und Pflegeversicherung ausfüllen.)

Ich bin Auszubildende/r.  Ja  Nein

Ich bin duale/r Student/in.  Ja  Nein

**Arbeitgeber** (Betriebsnummer unbedingt beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.) **Saisonarbeitskraft**

Firmenname

Straße, Nr.

PLZ  Ort

Betriebsnummer  Telefon-Nr.

Wird erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen?  Ja  Nein

Üben Sie zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus?  Ja  Nein (Falls ja, füllen Sie bitte auch die Rückseite aus.)

Beziehen Sie eine Rente der Deutschen Rentenversicherung?  Ja  Nein (Falls ja, fügen Sie bitte einen Rentenbescheid bei.)

Erhalten Sie Versorgungsbezüge?  Ja  Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den Bescheid der Versorgungsstelle bei.)

**Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?**  Ja  Nein (Falls ja, füllen Sie bitte den Zusatzfragebogen aus.)

**Name und Anschrift der bisherigen Krankenkasse** (Bitte unbedingt angeben.)

Name  von  bis

pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert  privat versichert

Wurde eine Befreiung von der Versicherungspflicht durch eine Krankenkasse ausgesprochen?  Ja  Nein (Falls ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Beziehen Sie Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung?  Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für persönliche Angebote und Informationen insbesondere zu Zwecken der Markt- und Meinungsforschung durch und ausschließlich für die Metzinger BKK, deren gesetzlich legitimierten Kooperationspartner sowie beauftragte Marktforschungsinstitute per Post, E-Mail, SMS und telefonisch gespeichert und genutzt werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Datum  Unterschrift

**Datenschutz-Hinweis:** Die Erhebung Ihrer Daten dient zur Bearbeitung Ihres Antrages und beruht auf § 175 i. V. m. 284 SGB V und § 50 i. V. m. § 93 ff. SGB XI. Das Einverständnis ist freiwillig. Der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der Metzinger BKK widersprechen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

TTMMJJJJ

TTMMJJJJ

Ich bin selbstständig als: Anzahl der wöchentl. Arbeitsstunden: Anzahl der Beschäftigten (ohne Azubis):
Beamter/Beamtin Rentner/in (Bitte Rentenbescheid beifügen.) Schüler/in Student/in (Bitte Studienbescheinigung beifügen.)
Sozialhilfeempfänger/in Hausfrau/Hausmann Existenzgründer/in Pensionär/in

Ich habe Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt. Antragsdatum:
Rente beantragt. Antragsdatum:
(Falls die Leistung/Rente bereits bewilligt wurde, bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.425,00 Euro (jährl. 53.100,00 Euro). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.
Angaben zu den Einkommensverhältnissen Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ja Nein (Bitte Einkommensnachweis beifügen.)

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):

Diese Angaben werden nur bei einem Mitgliedsantrag für Minderjährige benötigt:

Vorname, Name Geburtsdatum des/der gesetzlichen Vertreter/s und ggf. abweichende Anschrift

Table with 3 columns: Einnahmeart, Monatlich EUR, Jährlich EUR. Rows include: Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung, Rente(n), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem GSiG, Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe, Sonstige Einnahmen.

Meine Einnahmen liegen unter 1.015,00 Euro monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Krankengeld für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

Bitte senden Sie mir Informationen zur Versicherung mit Krankengeld ab Beginn der 7. Woche.

Pflegeversicherung: Ich habe Kinder. Ja (Bitte Nachweis beifügen.) Nein

Zahlungsweise - Pflichtangabe bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in, freiwillige Angabe für z. B. Erstattungen bei Kostenübernahme.

Die Beiträge werden überwiesen. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Metzinger BKK, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Metzinger BKK bezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN BIC

Kreditinstitut Name des Kontoinhabers

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum Unterschrift