

# Mitgliederklärung

Rückfax: 030 – 55 48 84 89

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 173 bis 175, 226, 234 und 237 SGB V und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgabe erforderlich.  
Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 28 o. Abs. SGB IV, § 206 SGB V verpflichtet.  
Die Angabe der Telefonnummer und Ihrer e-Mail-Adresse ist freiwillig.

FD/BD/Agentur- Nürnberg.

**VPSXX11**

110 16 3689

**Ich möchte Mitglied der BKK 24 werden, ab (Datum):**

\_\_\_\_\_

**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_

**Verheiratet**

ja  nein

**Rentenversicherungsnummer oder Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer**

**PLZ**

**Wohnort**

\_\_\_\_\_

**eMail**

**Telefon-Nr.**

\_\_\_\_\_

**Wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben worden ist:**

**Geburtsname**

**Geburtsort**

**Staatsangehörigkeit**

\_\_\_\_\_

**Ich bin beschäftigt**

ab \_\_\_\_\_ bei (Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Ausbildungsstätte etc.)

\_\_\_\_\_

**Ich habe noch weitere Arbeitgeber**

Name und Anschrift der Arbeitgeber(s)

\_\_\_\_\_

**Ich bin**

**ab**

\_\_\_\_\_

- Leistungsempfänger des Arbeitsamtes  
(Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)
- Student  Praktikant  Künstler/Publizist
- Teilnehmer an einer berufsfördernden Maßnahme
- Rentenantragsteller  Rentner  freiwillig versichert

**Zuletzt war ich versichert als**  Mitglied  Familienversicherter

bis \_\_\_\_\_ bei der (Name der Krankenkasse)

\_\_\_\_\_

(Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

**Ich habe Rente beantragt**  **Ich beziehe Rente**  **Ich erhalte Versorgungsbezüge**

(Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)

bei/von der (Name der Rentenanstalt) Aktenzeichen \_\_\_\_\_ von der (Name der Zahlstelle) Aktenzeichen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich möchte Angehörige beitragsfrei mitversichern.

Bitte schicken Sie mir Ihren Familienfragebogen.

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

