

ЗАЯВА НА ЧЛЕНСТВО



Я хотів би стати учасником програми BKK-VBU з або якомога швидше.

- Зміна порядку припинення членства (ми скасовуємо попереднє законодавче медичне страхування для вас)
- Зміна на підставі зміни статусу (напр., початок або закінчення зайнятості/самозайнятості, безробіття, завершення сімейного страхування)
- Допуск до обов'язкового страхування (напр., при переїзді із-за кордону або без попереднього обов'язкового медичного страхування)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСОБУ (відповідно до паспортного документа)

Стать чоловік жінка інша невизначено

Прізвище Ім'я (імена)

Вулиця, № будинку Індекс, місто

дата народження Місце народження

Дівоче прізвище Країна народження

Національність Сімейний стан

Телефон* E-Mail*

Номер пенсійного або соц. страхування Можна знайти на посвідченні соціального забезпечення або на звітах про соціальне забезпечення.

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ (відзначте все, що вірно)

- Я ... Працівник Практикант Студент (додайте довідку про зарахування)
- Учень (додайте довідку зі школи) Пенсіонер (додайте копію пенсійного посвідчення) Претендент на пенсію Одержувачдопомоги по безробіттю I (додайте копіюповідомлення про затвердження)
- Службовець Не працевлаштований Одержувач соц. допомоги Одержувачдопомоги по безробіттю II (додайте копію повідомлення про затвердження)
- Митець Самозайнятий без права на лікарняні Самозайнятий з правом на лікарняний з 7-го тижня
- До цього часу я мав ... обов'язкове страхування добровільне страхування сімейне страхування приватне страхування здоров'я/безкоштовне медичне обслуговування

Назва страхової організації

не мав медичного страхування не в Німеччині, іммігрував з

РОБОТОДАВЕЦЬ працюю з Валовий дохід/міс.* Євро

Назва роботодавця

Адреса роботодавця

- Я пов'язаний з роботодавцем: Ні Так, ступінь спорідненості
- Я керуючий директор компанії: Ні Так (додайте договір керуючого директора)
- Я акціонер компанії: Ні Так (додайте договір акціонера)

БІЛЬШЕ ІНФОРМАЦІЇ

Я отримую іноземну пенсію, виплату (капіталізованої) допомоги: Ні Так (надайте підтвердження)

СІМЕЙНЕ СТРАХУВАННЯ

Я хотів би безкоштовно застрахувати членів своєї сім'ї: Ні Так, надішліть мені заявку.

Я надав(ла) повну та точну інформацію. У випадку будь-яких зміни, я негайно повідомлю BKK-VBU.

*Інформація про мої контактні дані (номер телефону та адресу електронної пошти), а також про валову заробітну плату є добровільною.

- Я даю згоду BKK-VBU на обробку моїх контактних даних. BKK-VBU може інформувати мене про право на отримання страхової допомоги і загалом про власні продукти та послуги. Крім того, мої контактні дані можуть бути використані для опитувань учасників. Я можу обмежити або відкликати цю згоду в будь-який час для майбутніх періодів.

Дата, підпис Ваша інформація необхідна для виконання статутних завдань медичного страхування. Вона збирається, зберігається та використовується відповідно до § 284, параграф 1, V-го кодексу соціального забезпечення. Додаткову інформацію про обробку нами ваших персональних даних та ваші права згідно з Загальним регламентом ЄС про захист даних можна знайти на нашій домашній сторінці за адресою www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/

Надішліть: поштою BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin на E-mail neukundenservice@bkk-vbu.de або факсом +49 30 72612-2038

BKK-VBU | Лінденштрассе 67 | 10969 Берлін | Телефон обслуговування 0800 1656616 (безкоштовно по Німеччині)

MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte zum bzw. schnellstmöglich Mitglied der BKK-VBU werden.

- Wechsel im **Kündigungsverfahren** (wir kündigen die bisherige gesetzliche Krankenkasse für Sie)
- Wechsel aufgrund einer **Statusänderung** (z. B. Beginn oder Ende einer Beschäftigung/Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, Ende Familienversicherung)
- Beitritt zur **gesetzlichen Versicherung** (z. B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzliche Krankenkasse)

ANGABEN ZUR PERSON (laut Ausweisdokument)

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer Finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

ALLGEMEINE ANGABEN (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich bin ...**
- Arbeitnehmer/in
 - Auszubildende/r
 - Student/in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
 - Schüler/in (bitte Schulbescheinigung beilegen)
 - Rentner/in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen)
 - Rentenantragsteller/in
 - Bezieher/in von ALG I (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Beamtin/Beamter
 - nicht Erwerbstätige/r
 - Sozialhilfeempfänger/in
 - Bezieher/in von ALG II (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 - Künstler/in
 - Selbstständige/r ohne Anspruch auf Krankengeld
 - Selbstständige/r mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche
- Ich war zuletzt ...**
- pflichtversichert
 - freiwillig versichert
 - familienversichert
 - privat krankenversichert/freie Heilfürsorge

Name der Krankenkasse

nicht krankenversichert nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

ARBEITGEBER/IN

beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro

Name Arbeitgeber/in

Anschrift Arbeitgeber/in

- Ich bin mit dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin verwandt: Nein Ja, Verwandtschaftsgrad
- Ich bin Geschäftsführer/in der Firma: Nein Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)
- Ich bin Gesellschafter/in der Firma: Nein Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

WEITERE ANGABEN

Ich beziehe eine ausländische Rente, einen (kapitalisierten) Versorgungsbezug: Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern: Nein Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort informieren.

*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie meines Bruttogehaltes sind freiwillig.

- Ich bin damit einverstanden, dass die BKK-VBU meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die BKK-VBU darf mich zu individuellen Leistungsansprüchen und allgemein über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können meine Kontaktdaten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen.

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin per E-Mail neukundenservice@bkk-vbu.de oder per Fax +49 30 72612-2038