

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