

ÜYELİK BEYANI



Ben BKK-VBU üyesi olmak istiyorum

- Örneğin veya mümkün olan en hızlı
 Mümkün olan en yakın tarihte

Sigorta değişikliğinin neden

- Durum değişikliği
 Fesih işlemi

KİŞİSEL BİLGİLER

Cinsiyet erkek kadın diğer belirsiz

Soy isim İsim
Sokak No. PK, il
Uyruk Medeni durum
Telefon* E-posta*

Sigorta numarası Sigorta numarasını elektronik sağlık karnenizin üzerinde bulabilirsiniz.

Eğer elinizde yoksa, lütfen boş bırakın.

Emeklilik sigortası numarası Emeklilik sigortası numarasını aşağıdaki adreste sosyal sigorta kartınız veya sosyal sigorta bildirimlerinde bulabilirsiniz.

Önemli! Eğer emeklilik sigortası numaranızı bilmiyorsanız, aşağıdaki bilgileri rica ederiz:

Doğum tarihi Doğum yeri
Kızlık soy adı Doğduğunuz ülke

GENEL BİLGİLER (birden fazla seçenek mümkün)

- Ben ... çalışıyorum stajyerim yüksek okul öğrencisiyim
 öğrenciyim emekliyim emekli çalışıyorum işsizlik ödeneği alıyorum
 memurum serbest çalışıyorum sosyal yardım alıyorum ALG I ALG II
 çalışmıyorum sanatçiyim

- Ben en son ... zorunlu sigortalıydım isteğe isteğe bağlı sigortalıydım ailemden dolayı sigortalıydım
 sigortalı değildim özel sigortalıydım/ücretsiz tıbbi bakımdan yararlanıyordum Almanya'da değildim, yurt dışından geldim

Sağlık sigorta kurumunun adı tarih

İŞVEREN

tarihinden beri çalışıyorum brüt maaş/aylık* Euro

ben ilk defa Almanya'da çalışıyorum.

İşverenin adı

İşverenin adresi

İşveren benim akrabam veya hısımım: Hayır Evet akrabalık derecesi

Bu firmada yöneticiyim: Hayır Evet (lütfen bir yönetici sözleşmesi ekleyin)
Bu firmanın ortağiyim: Hayır Evet (lütfen ortaklık sözleşmesini ekleyin)

DİĞER BİLGİLER

Yurt dışından emekli maaşı alıyor musunuz? Hayır Evet, lütfen belgeleyin.

Sermaye oluşumu aldınız mı? Hayır Evet, lütfen belgeleyin.

AİLE SİGORTASI

Aile üyelerimi de ücretsiz sigortalamak istiyorum. Hayır Evet, lütfen bana bir başvuru gönderin.

Bilgilerimin hepsi eksiksiz ve doğrudur. Daha sonra meydana gelen değişiklikler hakkında BKK · VBU'yu derhal bilgilendireceğim.

*Telefon numaram, e-posta adresim ve brüt maaşımla ilgili bilgiler isteğe bağlıdır. BKK · VBU, üyeliğimle ilgili soruları için telefon numaramı ve/veya e-posta adresimi kaydedip kullanabilir. Bu onayı dilediğim zaman iptal edebilirim.

Daha fazla hizmet için evet. Bu kutucuğu işaretlediğinizde, sağlık sigortası değişikliğiniz hakkında bilgilendirilmesi gereken herkesle sizin için biz iletişime geçiyoruz. Sizin başka herhangi bir şey yapmanıza gerek yok.



Tarih / İmza

Bilgileriniz, sağlık sigortası kurumunun yasal görevlerini yerine getirebilmesi için gereklidir. SGB V madde 284 para. 1 uyarınca toplanır, kaydedilir ve kullanılırlar. Kişisel verilerinizin tarafımızdan işlenmesi ve AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği kapsamındaki haklarınız hakkında daha fazla bilgiyi <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz> adresindeki web sitemizde bulabilirsiniz.

Lütfen: posta yoluyla BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin e-posta yoluyla neukundenservice@bkk-vbu.de veya faks yoluyla +49 30 72612-2038 gönderin

BKK-VBU | Lindenstraße 67 | 10969 Berlin | Hizmet hattı 0800 1656616 (Almanya içi ücretsiz)

MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte Mitglied der BKK-VBU werden

- zum bzw. schnellstmöglich
 zum nächstmöglichen Termin

Grund des Kassenwechsels

- Statuswechsel
 Kündigungsverfahren

ANGABEN ZUR PERSON

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name Vorname
Straße, Hausnr. PLZ, Ort
Nationalität Familienstand
Telefon* E-Mail*

Versichertennummer Die Versichertennummer finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte.

Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, bitte freilassen.

Rentenversicherungsnummer Die Rentenversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Wichtig! Wenn Ihnen die Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Geburtsdatum Geburtsort
Geburtsname Geburtsland

ALLGEMEINE ANGABEN (Mehrfachauswahl möglich)

Ich bin ...

- Arbeitnehmer*in Auszubildende*r Student*in
(bitte Schulbescheinigung beilegen) Rentner*in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen) Rentenantragsteller*in Bezieher*in von Arbeitslosengeld
(bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen) Sozialhilfeempfänger*in ALG I ALG II
 Beamtin/Beamter Selbstständige*r
 nicht Erwerbstätige*r Künstler*in

Ich war zuletzt ...

- pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert
 nicht krankenversichert privat krankenversichert/ freie Heilfürsorge nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland

Name der Krankenkasse am

ARBEITGEBER

beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro

ich nehme **erstmals** eine Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in in Deutschland auf.

Name des Arbeitgebers

Anschrift des Arbeitgebers

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert: 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

Beziehen Sie eine ausländische Rente, einen Versorgungsbezug? Nein Ja, bitte Nachweis beifügen.

Haben Sie eine Kapitalisierung erhalten? 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 Telefonnummer, E-Mail-Adresse und meines Bruttogehaltes sind freiwillig. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK-VBU die Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse für Fragen zu meiner Mitgliedschaft speichert und nutzen darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ja zu noch mehr Service. Wenn Sie dieses Kästchen ankreuzen, übernehmen wir für Sie die Kommunikation mit allen, die über Ihren Kassenwechsel informiert werden müssen. Sie brauchen nichts weiter zu tun.

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 <https://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

BKK-VBU | Lindenstraße 67 | 10969 Berlin | Servicetelefon 0800 1656616 (kostenfrei innerhalb Deutschlands)