

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)