

MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte zum Mitglied der BKK-VBU werden.
Hinweis: Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der BKK-VBU beginnt auch die Mitgliedschaft in der Pflegekasse der BKK-VBU.

ANGABEN ZUR PERSON

☐ Frau ☐ Herr

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

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 Nationalität

ALLGEMEINE ANGABEN

Ich bin ...

☐ Arbeitnehmer/-in ☐ Auszubildende/-r ☐ Student/-in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
☐ Schüler/-in (bitte Schulbescheinigung beilegen) ☐ Rentner/-in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen) ☐ Bezieher/-in von Arbeitslosengeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
☐ Beamtin/Beamter ☐ Selbstständige/-r ☐ Empfänger/-in von Sozialhilfe ☐ ALG I ☐ ALG II
☐ nicht Erwerbstätige/-r ☐ Künstler/-in ☐

Ich war zuletzt ...

☐ familienversichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ privat krankenversichert
☐ nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

Name der Krankenkasse

ARBEITGEBER

beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro
☐ ich nehme **erstmalig** 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 Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung? ☐ Nein ☐ Ja

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern. ☐ Der ausgefüllte Antrag liegt bei. ☐ 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.

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)