



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.

PERSONALIEN (Bitte in Blockschrift ausfüllen.)

Rentenversicherungsnummer

Versichertennummer

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

Die Versichertennummer finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte. Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, bitte freilassen.

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Postleitzahl, Ort _____

Geschlecht m w Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Familienstand _____

Staatsangehörigkeit _____ E-Mail* _____

Telefonnummer* _____

*Freiwillige Angabe.

ALLGEMEINE AUFGABEN

Ich bin ... Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Student/in Bezieher von Arbeitslosengeld

Rentner/in (Bitte fügen Sie eine Kopie des letzten Rentenbescheides bei.) Rentenanstreger/in selbstständig ALG I ALG II

Ich war zuletzt ... von _____ bis _____ Name und Sitz der Krankenkasse _____

pflicht-versichert freiwillig versichert familien-versichert privat krankenversichert

Ich war zuletzt nicht krankenversichert, weil: _____

Ich bin auf Antrag befreit ... von der Krankenversicherungspflicht** von der Pflegeversicherungspflicht**

Ich beziehe ... rentenähnliche Leistungen (Versorgungsbezüge/Betriebsrente)** eine ausländische Rente**

Innerhalb der letzten 10 Jahre erhielt ich eine einmalig gezahlte Betriebsrente (Kapitalisierung).**

**Bitte reichen Sie entsprechende Unterlagen bzw. Nachweise ein.

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige kostenfrei mitversichern: Der ausgefüllte Antrag liegt bei. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

ARBEITGEBER

Name _____

Anschrift _____

Ansprechpartner Personalabteilung _____ Telefonnummer _____

beschäftigt seit _____ Beschäftigungsort _____

tätig als _____ Betriebsnummer _____

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert nein ja Verwandtschaftsgrad _____

Ich bin an der Firma/Gesellschaft beteiligt nein ja Beteiligungform _____

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

Datum, Unterschrift _____

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich. Sie werden aufgrund des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe Ihrer Telefonnummer/E-Mail ist freiwillig.

Bitte senden an **BKK-VBU, Lindenstraße 67, 10969 Berlin** oder Fax an **(0 30) 7 25 12 – 20 38**

24-h Servicetelefon 0800 165 66 16*** | neukundenservice@bkk-vbu.de | www.meine-krankenkasse.de

***kostenfrei innerhalb Deutschlands

054163

BKK Körperschaft des öffentlichen Rechts

1 1 8 4