

# MEMBERSHIP DECLARATION



I would like to become a member of BKK-VBU by  or as soon as possible.

- Change in the **termination procedure** (we terminate the previous statutory health insurance for you)
- Change due to a **status change** (e.g. start or end of employment/self-employment, unemployment, end of family insurance)
- Joining the **statutory insurance scheme** (e.g. when moving from abroad or without prior statutory health insurance)

## PERSONAL DETAILS (according to identity document)

Gender  male  female  diverse  unspecified

Surname  Given name(s)

street, number  Post code, city

Date of birth  City of birth

Name at birth  Country of birth

Citizenship  Marital status

Telephone\*  E-mail\*

Pension or national insurance number  find on your social security card or on the social security notifications)

## GENERAL INFORMATION (please tick all that apply)

- I am ...
- Student (enclose a school certificate)
  - Civil servant
  - Artist
  - Employed
  - Retired (enclose a copy of a pension certificate)
  - not employed
  - Self-employed without entitlement to sickness benefit
  - Self-employed with entitlement to sickness benefit from the 7th week onwards
  - Apprentice
  - Pension applicant
  - Welfare recipient
  - Post-secondary student (enclose certificate of enrolment)
  - Recipient of ALG I (unemployment benefits) (enclose a copy of the notice of approval)
  - Recipient of ALG II (unemployment benefits) (enclose a copy of the notice of approval)
- I was most recently ...
- compulsorily insured
  - voluntarily insured
  - under family insurance
  - under private health insurance/free medical care

Name of the health insurance company

no medical insurance  not in Germany, immigrated on

## EMPLOYER

employed since  Gross salary/monthly.\*  euros

Employer name

Employer address

I am related to the employer:  No  Yes, relationship

I am a managing director of the company:  No  Yes (enclose managing director's contract)

I am a shareholder in the company:  No  Yes (enclose shareholder agreement)

## OTHER INFORMATION

I receive a foreign pension, a (capitalized) pension:  No  Yes (please enclose proof)

## FAMILY INSURANCE

I would like to include my dependants in the insurance free of charge:  No  Yes, please send me an application.

**The information I have provided is complete and correct. I will inform BKK-VBU immediately of any changes that occur later.**

\*My contact details (telephone number and e-mail address) and my gross salary information are provided voluntarily.

- I agree that BKK-VBU may process my above contact details. BKK-VBU may inform me about individual benefit claims and generally about its own products and services. In addition, my contact details may be used for member surveys. I can restrict or revoke this consent at any time for the future.

Date, Signature

Your information is required for the fulfilment of the statutory tasks of the health insurance fund. It is collected, stored and used in accordance with Section 284 para. 1 SGB V (5th Book of the German Social Code). You can find more information about the processing of your personal data by us and your rights according to the EU General Data Protection Regulation on our website at [www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/](http://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/).

Please send to: by Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin by e-mail to [neukundenservice@bkk-vbu.de](mailto:neukundenservice@bkk-vbu.de) or by Fax +49 30 72612-2038

BKK-VBU | Lindenstraße 67 | 10969 Berlin | Service phone 0800 1656616 (free of charge within Germany)

# 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/](http://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/).

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin per E-Mail [neukundenservice@bkk-vbu.de](mailto:neukundenservice@bkk-vbu.de) oder per Fax +49 30 72612-2038