

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der BKK VerbundPlus auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Ich möchte zum Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

Persönliche Angaben

E-Mail: beitritt@bkkvp.de

Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt
Straße/Hausnummer		PLZ/Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsland	Rentenversicherungsnummer (falls bekannt)
Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.		
Geburtsort	Geburtsname	Staatsangehörigkeit

Versicherungsstatus zum gewünschten Mitgliedsbeginn

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer:in	<input type="checkbox"/> Ich bin / werde Auszubildender:in seit / ab	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler:in (Schulbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ich bin Student:in an einer an einer Fach-/Hochschule (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
Einkommen <input type="checkbox"/> bis zu 6.465,00 € jährlich <input type="checkbox"/> 6.465,01 € bis 69.299,99 € jährlich <input type="checkbox"/> über 69.300,00 € jährlich			Betriebsnummer (falls bekannt)
Arbeitgeber			Falls neue Beschäftigung: Beschäftigungsbeginn
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig			
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in (Ort) seit (Datum)	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter in (Ort) seit (Datum)	

Bisherige Krankenversicherung

In den letzten 12 Monaten war ich bei folgender Krankenkasse versichert:
Name und Sitz

Versicherungsbeginn	Versicherungsende	
<input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert / freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin familienversichert	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht gesetzlich versichert
<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner / Meine Ehepartnerin und / oder Kinder sollen bei der BKK VerbundPlus familienversichert werden (Bitte Antrag „Familienversicherung“ ausfüllen).		

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)

E-Mail	Telefonnummer Festnetz		Telefonnummer mobil	
	Vorwahl	Rufnummer	Vorwahl	Rufnummer

Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

Ort / Datum	Unterschrift X
-------------	--------------------------

Ich wurde geworben von (Werber)

Name	Vorname
Geburtsdatum	Versichertennummer (falls bekannt)
IBAN	Name des Geldinstituts

Ort / Datum	Unterschrift des Werbers X
-------------	--------------------------------------