

Beitrittserklärung und Wahltarifeinschreibung AzubiPro

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

E-Mail: info@bkkvp.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ich möchte zum Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

Ich bin bereits Mitglied und schreibe mich in den Wahltarif ein.

Bei „Persönlichen Angaben“ nur Namen und Geburtsdatum eintragen und Rückseite ausfüllen.

Persönliche Angaben

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

Ausbildung

Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Betriebsnummer (falls bekannt)	Höhe der monatlichen Ausbildungsvergütung (brutto) (Bitte Kopie des Ausbildungsvertrages beifügen.)
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von dem Jobcenter in/ seit (Ort/ Datum)

Bisherige Krankenversicherung

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

Versicherungsbeginn	Versicherungsende
---------------------	-------------------

Ich bin pflichtversichert/ freiwillig versichert Ich bin familienversichert Ich bin nicht gesetzlich versichert

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

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.

Beitrittserklärung und Wahltarifeinschreibung AzubiPro

Einschreibung in den Wahltarif AzubiPro¹⁾ und SEPA-Lastschriftmandat²⁾

Ja, ich bitte um Einschreibung in den Wahltarif AzubiPro. Die Vorteile dieses Wahltarifs erhalte ich bei eigener Mitgliedschaft volle 3 Jahre lang (Bindungsfrist), auch wenn die Ausbildungszeit vorher endet. Der Wahltarif läuft nach diesen drei Jahren ohne Kündigung meinerseits automatisch aus.

Bankverbindung für die Prämienzahlung und -verrechnung

Für die Prämienzahlung aus dem AzubiPro bitte ich um Überweisung auf das folgende Konto:

Geldinstitut	IBAN
--------------	------

Persönliche Angaben des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin:

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

1) Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V) zu erheben.

2) Durch meine Unterschrift ermächtige ich die BKK VerbundPlus, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK VerbundPlus auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort/ Datum	Unterschrift des Kontoinhabers /der Kontoinhaberin 
------------	--

Wird von der BKK VerbundPlus ausgefüllt

Anmerkung

erfasst
Unterschrift/ Datum