

# Beitrittserklärung

**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
**Servicehotline: 0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ich möchte zum  Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

## 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	Geburtsland	Rentenversicherungsnummer (falls bekannt)
Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn <b>noch keine</b> Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.		
Geburtsort	Geburtsname	Staatsangehörigkeit

## Versicherungsstatus zum gewünschten Mitgliedsbeginn

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer:in	<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildender 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		Betriebsnummer (falls bekannt)	
<input type="checkbox"/> bis zu 6.240,00 € jährlich <input type="checkbox"/> 6.240,01 € bis 66.600,00 € jährlich <input type="checkbox"/> über 66.600,00 € jährlich			
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
--	---	--

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](http://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.