

Beitrittserklärung und Wahltarifeinschreibung AzubiPro

BKK VerbundPlus



BKK VerbundPlus
Bismarckring 64
88400 Biberach

Fax: **07351 1824-31**
E-Mail: **beitritt@bkkvp.de**
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 0800 2 234 987
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte beachten: **Vorder- und Rückseite** 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
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort	Rentenversicherungsnummer
Geburtsdatum	Geburtsort	Steueridentifikationsnummer
Geburtsname	Staatsangehörigkeit	Sozialversicherungsausweis <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden

Ausbildung

Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab	
Straße/Hausnummer	Telefonnummer	Faxnummer
PLZ/Ort	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 18 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).

Meine bisherige Krankenversicherungsnummer:
(10-stellige Krankenversicherungsnummer
siehe z. B. elektronische Gesundheitskarte)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Wichtig:
Sofern bisher selbst versichert, **Kündigungsbestätigung**
bitte zusammen mit dieser Beitrittserklärung einreichen.

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)		
E-Mail	Telefonnummer privat	Telefonnummer geschäftlich
Mit der Speicherung meiner Daten durch die BKK VerbundPlus zu diesem Zweck bin ich einverstanden. Diesen Service kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.		

Ort/Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

V.06.17



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

X

Wird von der BKK VerbundPlus ausgefüllt

Anmerkung

erfasst

Unterschrift/Datum