



BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13
88400 Biberach

Fax: **07351 1824-813**

E-Mail: **beitritt@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.

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


Versicherungsstatus zum gewünschten Mitgliedsbeginn

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab
Der Arbeitgeber ist mit mir verwandt/verschwägert bzw. mein/e Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitgeber	
Straße/Hausnummer	Telefonnummer /
PLZ/Ort	Faxnummer /
Ich bin hauptberuflich selbstständig <input type="checkbox"/> als Mitunternehmer/in einer Gesellschaft (Name und Rechtsform, z. B. GmbH, OHG) <input type="checkbox"/> als Einzelunternehmer/in mit Gewerbeanmeldung <input type="checkbox"/> als Freiberufler	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit/dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)	

Bisherige Krankenversicherung

In den letzten 18 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).		
Meine bisherige Krankenversicherungsnummer: (10-stellige Krankenversicherungsnummer siehe z. B. elektronische Gesundheitskarte)		Wichtig: Kündigungsbestätigung bitte zusammen mit dieser Beitrittserklärung einreichen.

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)		
E-Mail	Telefonnummer privat /	Telefonnummer geschäftlich /
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 
-----------	---

Wird von der BKK VerbundPlus ausgefüllt

Anmerkung
erfasst Unterschrift / Datum