

BKK VerbundPlus
Zeppelinring 13
88400 Biberach

Fax: **07351 1824-813**
E-Mail: **beitritt@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
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort	
Geburtsdatum	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 Auszubildende/r seit/ab	
Einkommen <input type="checkbox"/> bis zu 5.400,00 € jährlich <input type="checkbox"/> 5.400,01 € bis 60.750,00 € jährlich <input type="checkbox"/> über 60.750,00 € 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 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)
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem		

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).		

Falls Kündigungsbestätigung bereits vorhanden, bitte zusammen mit diesem Antrag einreichen.

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
-----------	--------------------------