

MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte Mitglied der BKK-VBU werden

- zum bzw. schnellstmöglich
 zum nächstmöglichen Termin

Grund des Kassenwechsels

- Statuswechsel
 Kündigungsverfahren

ANGABEN ZUR PERSON

Geschlecht männlich weiblich divers unbestimmt

Name Vorname
Straße, Hausnr. PLZ, Ort
Nationalität Familienstand
Telefon* E-Mail*

Versichertennummer Die Versichertennummer finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte.

Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, bitte freilassen.

Rentenversicherungsnummer Die Rentenversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Wichtig! Wenn Ihnen die Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Geburtsdatum Geburtsort
Geburtsname Geburtsland

ALLGEMEINE ANGABEN (Mehrfachauswahl möglich)

- Ich bin ... Arbeitnehmer*in Auszubildende*r Student*in
(bitte Schulbescheinigung beilegen) Rentner*in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen) Rentenantragsteller*in Bezieher*in von Arbeitslosengeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 Beamtin/Beamter Selbstständige*r Sozialhilfeempfänger*in ALG I ALG II
 nicht Erwerbstätige*r Künstler*in

- Ich war zuletzt ... pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert
 nicht krankenversichert privat krankenversichert/ freie Heilfürsorge nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland
Name der Krankenkasse am

ARBEITGEBER

beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro
 ich nehme **erstmals** eine Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in in Deutschland auf.
Name des Arbeitgebers
Anschrift des Arbeitgebers

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert: Nein Ja Verwandtschaftsgrad

Ich bin Geschäftsführer/-in der Firma: Nein Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)
Ich bin Gesellschafter/-in der Firma: Nein Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

WEITERE ANGABEN

- Beziehen Sie eine ausländische Rente, einen Versorgungsbezug? Nein Ja, bitte Nachweis beifügen.
Haben Sie eine Kapitalisierung erhalten? Nein Ja, bitte Nachweis beifügen.

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern. Nein Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort informieren.

- *Die Angaben meiner Telefonnummer, E-Mail-Adresse und meines Bruttogehaltes sind freiwillig. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK-VBU die Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse für Fragen zu meiner Mitgliedschaft speichert und nutzen darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.
 Ja zu noch mehr Service. Wenn Sie dieses Kästchen ankreuzen, übernehmen wir für Sie die Kommunikation mit allen, die über Ihren Kassenwechsel informiert werden müssen. Sie brauchen nichts weiter zu tun.

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

056951 000397

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin per E-Mail neukundenservice@bkk-vbu.de oder per Fax +49 30 72612-2038

BKK-VBU | Lindenstraße 67 | 10969 Berlin | Servicetelefon 0800 1656616 (kostenfrei innerhalb Deutschlands)

FRAGEBOGEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG



Vorname Name des Mitglieds

Anschrift

Versichertennummer

ALLGEMEINE ANGABEN

➤ Anlass für die Aufnahme der/des Angehörigen in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges

➤ Familienstand des Mitglieds: ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden seit
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

➤ Beginn der Familienversicherung

➤ Bei Rückfragen bitte die Telefonnummer nutzen (freiwillige Angabe).

➤ Bei Rückfragen bitte die E-Mail-Adresse nutzen (freiwillige Angabe).

ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir **einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung Ihrer Kinder durchgeführt werden soll.**

Bei privatversicherten Ehegatten, welche mit dem Kind verwandt sind, sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung und zum Einkommen notwendig. Hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN				
	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Name*/ggf. Geburtsname				
*Bitte fügen Sie eine Heiratsurkunde bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	xxx	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)
Eigene Rentenversicherungsnr. (RV-Nr.)				
Versichertennummer <small>(Diese finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte)</small>				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Straatsangehörigkeit				


ANGABEN ZUR LETZTEN BISHERIGEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung): Ist Ihr Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei		xxx	xxx	xxx

SONSTIGE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit liegt vor: Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag): Bitte Kopie der Bescheide beilegen.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/ Studium: Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst: Bitte Dienstzeitbescheinigung in Kopie beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

		
Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.		Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 9 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 9 Abs. 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>

INFORMATIONEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG



Um Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens zu erleichtern, möchten wir Sie mit diesem Merkblatt mit den wichtigsten Einzelheiten der Familienversicherung vertraut machen.

Familienangehörige (Ehegatten, Kinder) von Mitgliedern der BKK·VBU sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei mitversichert. Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied in den Haushalt aufgenommen hat oder es überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder.

Der Ehegatte und/oder die Kinder

- müssen ihren **Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland** haben,
- dürfen **nicht selbst** in der Krankenversicherung **versicherungspflichtig, nicht versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig** sein und
- dürfen kein Gesamteinkommen haben, das monatlich 470 Euro in 2021 übersteigt.

Für geringfügig Beschäftigte gilt eine Einkommensgrenze von 450 Euro monatlich. Bitte tragen Sie die Angaben für Ihren Ehepartner **immer** ein, auch dann, wenn bei uns ausschließlich Ihre Kinder mitversichert sind. Ist Ihr Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte einen aktuellen Einkommensnachweis bei.

Kinder sind beitragsfrei mitversichert:

- bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
oder
- bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind
oder
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt befinden oder ein freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr absolvieren.

Kinder sind nicht familienversichert, wenn:

- der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist
und
- sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat einen bestimmten Grenzbetrag (für 2021 = 5.362,50 Euro) übersteigt
und
- das Einkommen regelmäßig höher als das des Mitgliedes ist.

Darüber hinaus wird die Altersgrenze des 25. Lebensjahres um die Zeit des geleisteten Wehr-, Zivil- oder Freiwilligen Dienstes verlängert, wenn die Schul- oder Berufsausbildung dadurch unterbrochen oder verzögert wird.

Ohne Altersbeschränkung besteht die Familienversicherung fort, wenn ein Kind behindert und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Hier muss die Behinderung jedoch schon zum Zeitpunkt der Familienversicherung vorgelegen haben.

Bei Neugeborenen besteht alternativ zur privaten Versicherung auch die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung bei der BKK·VBU.

Ehegatten sind in den Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie während der Elternzeit nicht krankenversichert, wenn sie vor diesem Zeitraum nicht gesetzlich krankenversichert waren.

meine-krankenkasse.de

über 45 ServiceCenter bundesweit | kostenloses 24-h-ServiceTelefon 0800 1656616 | facebook.com/bkk.vbu

Cordt Würdemann
Gerolsteiner Straße 11a
14197 Berlin**Gerne erhalte ich eine Neumitglied-Prämie!**

Hiermit bestätige ich die Versendung meines Antrags an die gesetzliche Krankenkasse BKK VBU. Für den Antrag habe ich das dafür vorgesehene Formular verwendet (siehe vorhergehende Seiten). Ich erhalte die Prämie einmalig, sobald die Krankenkasse mich als Versicherten neu aufgenommen und Herrn Cordt Würdemann als Vermittler bestätigt hat.

Falls ich mich für die Spende entscheide, spendet Herr Würdemann die Prämie einmalig für mich.

- Ich akzeptiere die Datenschutzbedingungen und die Speicherung meiner Daten zum Abgleich mit der Krankenkasse, zur Prämienübermittlung und bei gewünschter Kontaktaufnahme.

Ich wähle:

- 25 Euro in bar** (der Betrag wird auf mein Konto überwiesen) oder
- 25 Euro Spende** an die Aktionsgemeinschaft Artenschutz (AGA) e.V. mit dem Zweck der Sicherung des Lebensraumes von:

Meeresschildkröten oder Elefanten oder Geparden

Ich möchte eine Urkunde von der AGA als Nachweis der Spende per Email erhalten. Ich stimme der Weitergabe meiner Daten (Vorname, Nachname, Adresse und Email) an die AGA zu.

- Ich wünsche die Kontaktaufnahme durch Cordt Würdemann, um mich unverbindlich zu anderen nachhaltigen Finanzthemen wie z.B. Geldanlagen, Versicherungen oder Altersvorsorge beraten zu lassen.

Meine Kontaktdaten zum Abgleich mit der Krankenkasse und zur Übermittlung der Prämie:

Vorname

Nachname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Emailadresse (optional)

Telefon (optional)

NUR bei gewünschter Überweisung:

IBAN

BIC

Kreditinstitut
