

MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte Mitglied der BKK-VBU werden:
Hinweis: Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der BKK-VBU beginnt auch die Mitgliedschaft in der Pflegekasse der BKK-VBU.

zum
 zum nächstmöglichen Zeitpunkt

ANGABEN ZUR PERSON

Frau Herr

Name Vorname
Straße PLZ, Ort
E-Mail* Familienstand
Telefon* * freiwillige Angabe

Versichertennummer Die Versichertennummer finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte. Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, bitte frei lassen.

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 Nationalität

ALLGEMEINE ANGABEN

Ich bin ...
 Arbeitnehmer/-in Auszubildende/-r Student/-in / Schüler/-in
 Rentner/-in Rentenantragsteller/-in nicht erwerbstätig Bezieher/-in von Arbeitslosengeld
 Beamtin/Beamter selbstständig Empfänger/-in von Sozialhilfe ALG I ALG II

Ich war zuletzt ...
 privat krankenversichert freiwillig versichert Name der Krankenkasse
 pflichtversichert nicht in Deutschland versichert familienversichert

ARBEITGEBER

Beschäftigt seit

Name Anschrift

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

Ich bin an der Firma bzw. Gesellschaft beteiligt. Nein Ja Beteiligungsform

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige kostenfrei mitversichern:

Der ausgefüllte Antrag liegt bei. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

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

X

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzmäßigen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe Ihrer Telefonnummer/E-Mail-Adresse ist freiwillig.

055809



Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin **per E-Mail** neukundenservice@bkk-vbu.de **per Fax** (030) 72612-2038

bis zu **280 Euro**
pro Mitglied inklusive aller
Familierversicherten im Jahr



BONUSPROGRAMM

PERSÖNLICHE DATEN MITGLIED

Name

Vorname

Geburtsdatum

PERSÖNLICHE DATEN MITVERSICHERTE ANGEHÖRIGE

Name Ehegattin/Ehegatte

Vorname Ehegattin/Ehegatte

Geburtsdatum Ehegattin/Ehegatte

Name Kind 1

Vorname Kind 1

Geburtsdatum Kind 1

Name Kind 2

Vorname Kind 2

Geburtsdatum Kind 2

DER BONUS SOLL AUF FOLGENDES KONTO ÜBERWIESEN WERDEN:

IBAN (22-stellig)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Geldinstitut

Kontoinhaber (falls nicht o.g. Mitglied)

VORSORGE (in den letzten 12 bzw. 24 Monaten durchgeführt) je 70 EURO

	Mitglied	Ehegattin/Ehegatte	Kind 1	Kind 2
Name				
Vorname				
Vollständiger Impfschutz (alle – aktueller Schutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnvorsorge (alle – jährlich, Kinder/Jugendliche 2x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check-up ab 35 Jahren (alle zwei Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugenduntersuchung (0 bis 17 Jahre – U1 bis J2)				
Krebsfrüherkennung (Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren – jährlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZUSATZBONUS (einmal durch Mitglied oder Familienversicherten einlösbar) einmal 30 EURO

Ich habe eine private Krankenzusatz-, Pflege- bzw. Unfallversicherung abgeschlossen. (außer Auslandsreisekrankenversicherung).	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

AKTIVITÄTEN (in den vergangenen 12 Monaten durchgeführt) je 30 EURO

Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Mitgliedschaft im zertifizierten Fitnessclub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme von professioneller Zahnreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- oder Wanderabzeichen abgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeuntersuchung in Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BodyMaßIndex Im Normbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtraucher seit mindestens sechs Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERKLÄRUNG:

Die Maßnahmen und Aktivitäten wurden alle innerhalb der **letzten 12 Monate** (Check-up: **24 Monate**) durchgeführt. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben durch meine Unterschrift. Die BKK-VBU behält sich die Prüfung der Angaben vor.

Datum

Unterschrift Mitglied

weitere Unterschriften der/des Ehegattin/Ehegatten sowie der Kinder über 14 Jahren

Datum

Unterschrift Vermittler

meine-krankenkasse.de

_____ Datum _____

Anschrift bisherige Krankenkasse

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Versicherungs-Nr.: _____

(Diese finden Sie auf Ihrer Versichertenkarte)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich die Mitgliedschaft meiner Kranken- und Pflegeversicherung zum nächstmöglichen Termin.

Bitte bestätigen Sie mir die die Versicherungszeiten und das Ende meiner Mitgliedschaft schriftlich innerhalb von 14 Tagen.

Von Rückwerbversuchen sowie persönlichen Besuchen jeder Art bitte ich Abstand zu nehmen (Hirzu verweise ich auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG, §20 UWG)

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)