

Ja, ich möchte Mitglied der BKK Linde werden!



Zum

Fax an 07731 5919-109 / E-Mail an dvag@bkk-linde.de

Vorschlagsnummer:

VB-Nummer

Persönliche Angaben

VM-Nummer

Name, Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> x	
Geburtsdatum <input type="text"/>	Staatsangehörigkeit	
Straße / Hausnr.	c/o	
PLZ / Ort	Krankenversicherertennummer <input type="text"/> <small>Diese finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte</small>	
E-Mail*	Telefon privat / mobil*	
Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>		
Geburtsort	Geburtsname	Geburtsland
SteuerIdNr. <input type="text"/>	<small>Die Steueridentifikationsnummer kann von der BKK Linde bei den Finanzbehörden angefordert werden</small>	

*freiwillige Angaben

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> Falls verheiratet: Mein/e Ehe- / Lebenspartner/in ist nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie der Geburtsurkunde beilegen) <input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie sich von der Versicherungspflicht in der Kranken- oder Pflegeversicherung befreien lassen? (bspw. als Student, Arbeitnehmer, Arbeitslosengeldbezieher)	<input type="checkbox"/> ja (bitte Befreiungsbescheid beilegen) <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen eigenen Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis der Beihilfestelle beilegen) <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur bisherigen Krankenkasse und zum Krankenkassenwechsel

Name der bisherigen Krankenkasse	seit <input type="text"/>
PLZ / Ort	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert, über _____ <input type="checkbox"/> wegen Privatversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> wegen Auslandsaufenthalt
Anlass des Kassenwechsels	<input type="checkbox"/> Krankenkassenwechsel mit Ablauf Bindefrist <input type="checkbox"/> Wechsel aus der privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Änderung im Versicherungsverhältnis: Freiwillige Versicherung (bspw. Selbstständigkeit, Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze usw.) <input type="checkbox"/> Änderung im Versicherungsverhältnis: Pflichtversicherung (bspw. Arbeitgeberwechsel, Studienbeginn, Beschäftigungsaufnahme usw.) <input type="checkbox"/> Erhöhung / Erhebung des Zusatzbeitrages der bisherigen Krankenkasse <input type="checkbox"/> Insolvenz / Schließung meiner Krankenkasse
<input type="checkbox"/> Ich war in Deutschland bisher noch nie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.	
Bei Zuzug aus dem Ausland:	Datum der Einreise <input type="text"/> <small>(Kopie Meldebescheinigung Einwohnermeldeamt erforderlich, ggf. Kopie Aufenthaltstitel)</small>

Angaben für die Versicherung bei der BKK Linde

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	(Falls Arbeitgeber oder (Hoch)schule / Uni vorhanden, bitte ausfüllen) Firmenname/ (Hoch)schul-/Uniname Ansprechpartner Straße / Hausnr. PLZ / Ort Telefon / E-Mail Fax Betriebsnummer des Arbeitgebers <input type="text"/> Beschäftigungsbeginn / Studienbeginn <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r		
<input type="checkbox"/> mit Arbeitgeber verwandt / verschwägert		
<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied		
<input type="checkbox"/> Selbstständige/r (Anmeldung beilegen)		
<input type="checkbox"/> Schüler/in / Student/in (Bitte Schulbescheinigung/ Immatrikulationsbescheinigung beilegen)		
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r / beim Arbeitsamt gemeldet (bitte Bescheid beilegen)		
<input type="checkbox"/> Rentner/in / Rentenantragsteller/in (bitte Rentenbescheid / Bescheid Versorgungsbezüge beilegen)		
<input type="checkbox"/> Ich übe eine geringfügige Beschäftigung aus (Minijob)		<input type="checkbox"/> Mein monatliches Bruttoentgelt übersteigt die aktuelle Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze)
<input type="checkbox"/> Ich bin nebenbei selbstständig		<input type="checkbox"/> Ich habe einen zweiten Arbeitgeber mtl. _____ EUR

Renten

Haben Sie eine Alters-, Hinterbliebenen- oder Erwerbsunfähigkeitsrente der gesetzl. Rentenversicherung beantragt oder erhalten Sie eine solche Rente?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Rentenbescheide beilegen)	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie Betriebsrenten oder Pensionen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheide beilegen)	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten 10 Jahren eine Kapitalzahlung aus betrieblicher Altersversorgung erhalten?	<input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechende Unterlagen beilegen)	<input type="checkbox"/> nein
Erhalten Sie ausländische Renten, Betriebsrenten oder Pensionen?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheide beilegen)	<input type="checkbox"/> nein
Falls eine der 4 vorherigen Fragen mit „ja“ beantwortet wurde: Haben Sie Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit oder Gewerbebetrieb?	<input type="checkbox"/> ja (bitte letzten Einkommensteuerbescheid beilegen)	<input type="checkbox"/> nein

Folgende Angaben sind nur bei einem Studium erforderlich: (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)

Studienart: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Dual <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ich habe <u>keine</u> Beschäftigung / Einkünfte
<input type="checkbox"/> Ich befinde mich im _____ Fachsemester	
<input type="checkbox"/> Ich übe eine Beschäftigung aus und arbeite bis zu _____ Std. / Woche (bitte Arbeitsvertrag beilegen)	<input type="checkbox"/> Ich arbeite ausschließlich in den Semesterferien und verdiene _____ EUR.
<input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig tätig und arbeite _____ Std. / Woche. Einkommensnachweis in Höhe von _____ EUR liegt bei. (Anmeldung und Einkommensnachweis beilegen)	<input type="checkbox"/> Ich habe anderweitige Einkünfte (bitte Nachweis beilegen)
<input type="checkbox"/> Ich mache ein Praktikum vom _____ bis _____ und verdiene _____ EUR monatlich	<input type="checkbox"/> Vorgeschriebenes Praktikum <input type="checkbox"/> Freiwilliges Praktikum <input type="checkbox"/> Vorpraktikum <input type="checkbox"/> Zwischenpraktikum <input type="checkbox"/> Nachpraktikum
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Beiträge vom angegebenen Konto im Wege des Lastschriftverfahrens abgebucht werden bzw. anfallende Erstattungen auf das angegebene Konto zurück überwiesen werden.	
<input type="checkbox"/> Nein, ich werde die Beiträge für das gesamte Semester im Voraus entrichten.	

Ja, ich willige ein, dass mich die BKK Linde regelmäßig per E-Mail oder telefonisch über Produkte und Services informiert und mich auf diesen Wegen zu Marktforschungszwecken ansprechen darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (z.B. per E-Mail an info@bkk-linde.de). Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Datenschutzinformationen: bkkln.de/datenschutz

JA, ich bin - jederzeit widerruflich - damit einverstanden, dass ich in meinen Vertragsangelegenheiten, die Krankenversicherung der BKK Linde betreffend, von meinem zuständigen Vermögensberater betreut werde. Die BKK Linde darf Informationen zu meiner Mitgliedschaft zu Betreuungszwecken sowie zum Zwecke der Abrechnung der Aufwandsentschädigung an die Deutsche Vermögensberatung Unternehmensgruppe mit den Vertriebsgesellschaften Deutsche Vermögensberatung AG und Allfinanz Deutsche Vermögensberatung AG und den für sie tätigen Vermittlern sowie an die Generali Deutschland Krankenversicherung AG übermitteln. Eine darüberhinausgehende Verwendung meiner Daten erfolgt nicht. Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten bei der Deutschen Vermögensberatung AG finden Sie unter www.datenschutz.dvag. Sie können diese Erklärung zu einem späteren Zeitpunkt widerrufen. Ihr Widerruf bedarf keiner Begründung und kann jederzeit in Textform an die BKK Linde, Konrad-Adenauer-Ring 33, 65187 Wiesbaden, Fax: 0611 7366610, E-Mail: info@bkk-linde.de gesendet werden.

Nein, ich stimme der Datenübermittlung nicht zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Linde, Maggistr. 5, 78224 Singen meine zur Meldung verpflichtende Stelle über meinen Krankenkassenwechsel informiert. Sofern sich Änderungen in meinem Versicherungsverhältnis nach der Abgabe meiner Wahlerklärung ergeben, teile ich diese unverzüglich mit und bin, wenn rechtlich möglich, mit einem früheren oder späteren Beginn der Mitgliedschaft einverstanden. Eine Mitteilung kann auch durch den Vermögensberater/die Vermögensberaterin der Deutsche Vermögensberatung AG erfolgen.

Nein, ich nehme die Mitteilung über die Veränderung in meinem Versicherungsverhältnis selbst vor.

Ort

Datum

Unterschrift



Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ich nehme am FitBonus⁺ teil.