

Ja, ich möchte Mitglied der BKK Linde werden!



Zum

E-Mail an dvag@bkk-linde.de

VB-Nummer

VM-Nummer

Persönliche Angaben

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		Krankenversicherer- nummer <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			
<small>Falls verheiratet: <input type="checkbox"/> Mein/e Ehe- / Lebenspartner/in ist nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.</small>			
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="text"/> <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) <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> mit Arbeitgeber verwandt / verschwägert/r <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"/> Ich bin nebenbei selbstständig		(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"/> Mein monatliches Bruttoentgelt übersteigt die aktuelle Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) <input type="checkbox"/> Ich habe einen zweiten Arbeitgeber mtl. <input type="text"/> 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

Erweiterte Angaben bei einer freiwilligen Mitgliedschaft (die jeweiligen Nachweise bspw. letzten Einkommensteuerbescheid* lege ich bei)

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen	des Versicherten		des Ehegatten (nur notwendig wenn der Ehegatten nicht gesetzlich versichert ist)	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit* wöchentliche Arbeitsstunden _____				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung* (Bruttolohn, Provisionen, Einmalzahlungen u.ä.)				
Renten aus der Sozialversicherung* (z. B. Regelalters-, Witwen- oder Unfallrente)				
Rentenähnliche Einkünfte* (Versorgungsbezüge, Pensionen, Betriebsrenten u.ä.)				
Einkünfte aus Vermietung / Verpachtung*				
Einkünfte aus Kapitalvermögen* (Zinsen, Dividenden u.ä.)				
Sozialhilfe*				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt* (ohne Kindergeld, Wohngeld etc.; z.B. Unterhalt des geschiedenen Ehegatten u.ä.)				

Ich verfüge momentan über keine Einnahmen. Mein Lebensunterhalt wird wie folgt sichergestellt:

- 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 Datenschutzzinformationen: 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 Wahlklärung 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



Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen jeglicher Art (auch für evtl. mitversicherte Angehörige) teile ich unverzüglich mit. Mit meiner Unterschrift gebe ich sämtliche Erklärungen hierzu ab. Die Erhebung und Speicherung der Sozialdaten benötigt die BKK Linde, um die Aufgaben als Krankenkasse wahrnehmen zu können. Die Grundlagen ergeben sich aus § 284 SGB V i. V. m. § 206 SGB V und § 67a SGB X. Der Datenschutzhinweis Art. 13 EU-DSGVO 2016/679 ist einzusehen über <https://bkkln.de/datenschutz>

- Ich nehme am FitBonus+ teil.