

**BKK24**  
Hauptverwaltung  
31681 Obernkirchen

## *In wenigen Schritten zur BKK24 wechseln!*

### **Wie funktioniert der Beitritt?**

Der Kassenwechsel ist ganz einfach. Sie kündigen die Mitgliedschaft bei Ihrer bisherigen Krankenkasse und senden uns Ihre Beitrittserklärung. Wenn möglich, fügen Sie die Kündigungsbestätigung gleich bei. Ansonsten kann die Kündigungsbestätigung auch gern nachgereicht werden. Wir kümmern uns um alles Weitere.

Sie haben Fragen zur Beitrittserklärung oder zur Kündigung? Wir helfen Ihnen gerne. Rufen Sie uns einfach an!

### **Wozu brauchen wir Ihre Steueridentifikationsnummer (SteuerID) und die Einwilligung zur Datenübermittlung an das Finanzamt?**

Durch die Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes können die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung seit dem 01.01.2010 steuerlich stärker berücksichtigt werden. Sie als Steuerzahler können davon profitieren, wenn die Datenübermittlung an das Finanzamt elektronisch erfolgt. Es entsteht kein zusätzlicher Aufwand für Sie. Die SteuerID ist außerdem nötig für die Übermittlung bestimmter Geldleistungen wie zum Beispiel aus dem Bonusprogramm.

Falls Ihnen die Steuer-ID nicht vorliegt, fordern wir sie – mit Ihrer Einwilligung – gern direkt beim Bundeszentralamt für Steuern an. Sie haben die Möglichkeit, eine erteilte Zustimmung schriftlich zu widerrufen.

### **Weitere Angaben für bestimmte Personengruppen:**

Für freiwillige Mitglieder, die Ihre Beiträge selbst zahlen, benötigen wir weitere Informationen. Hierfür erhalten Sie einen separaten Fragebogen. Die Angaben zu Ihren Einkünften sind erforderlich, um Ihre Beiträge korrekt berechnen zu können.

### **Rückkehr oder Zuzug aus dem Ausland:**

Sollten Sie nach einem Auslandsaufenthalt zurückgekehrt sein oder sich erstmalig in Deutschland versichern, sind häufig weitere Informationen erforderlich. Wir kommen auf Sie zu, wenn wir ergänzende Angaben benötigen. Sollten Sie Nachweise über Ihren Versicherungsschutz im Ausland vorliegen haben, reichen Sie diese gerne in Kopie mit ein.

Ich möchte Mitglied der BKK24 werden  zum nächstmöglichen Zeitpunkt  zum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**Persönliche Angaben**  weiblich  männlich **Familienstand**  ledig  verheiratet  Lebenspartnerschaft

Name												
Vorname												
Straße/Nummer												
PLZ	Ort											
Nationalität						Telefon						
E-Mail												

**Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer**

12-stellige Nummer												
Geburtsdatum	T T M M J J J J			Geburtsname								
Geburtsort						Geburtsland						

**Mein Status/meine Tätigkeit**  Arbeitnehmer/-in  Selbstständige/r  arbeitslos (ALG I/II)  Rentner/-in  
 Auszubildende/r  Elterngeld/Elternzeit  freiwillig Versicherte/r  Saisonarbeiter/in  Student/-in  
 andere/r Tätigkeit/Status

Beziehen Sie eine Rente?  Ja  Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.)  
 Erhalten Sie Versorgungsbezüge?  Ja  Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den Bescheid der Versorgungsstelle bei.)

**Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter**

Name												
Straße/Nr.												
PLZ	Ort			Betriebsnummer								
Telefon						Beginn Beschäftigung/Leistungsbezug		T T M M J J J J				

**Angaben zur bisherigen Krankenversicherung**

Zuletzt versichert vom	T T M M J J J J			bis	T T M M J J J J			bei der				
<input type="checkbox"/> selbst versichert	Die Kündigungsbestätigung		<input type="checkbox"/> ist beigefügt		<input type="checkbox"/> wird nachgereicht							
<input type="checkbox"/> familienversichert über	Name, Vorname											
	Geburtsdatum		T T M M J J J J			Versichertennummer						
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit	T T M M J J J J			Grund								
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn	Land											

**Haben Sie Kinder?**  Ja  Nein **Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?**  Ja  Nein

Hiermit erteile ich der BKK24 meine Zustimmung zur Übermittlung der gezahlten bzw. erstatteten Beiträge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ja  Nein **Steuer-Identifikationsnummer**

Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.

Datum 

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Unterschrift

**Hinweis zum Datenschutz**  
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk24.de/datenschutz](http://www.bkk24.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an [datenschutz@bkk24.de](mailto:datenschutz@bkk24.de).