

BKK24
Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

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



BKK24
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen



Telefon 05724 971-0
Telefax 05724 971-4000



info@bkk24.de

IN WENIGEN SCHRITTEN ZUR BKK24 WECHSELN!

WIE FUNKTIONIERT DER BEITRITT?

Der Krankenkassenwechsel ist ganz einfach. Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung zu. Wir kümmern uns um alles Weitere. **Eine Kündigung bei Ihrer bisherigen Krankenkasse ist seit dem 01.01.2021 nicht mehr erforderlich.** Sie entscheiden sich lediglich für die BKK24 als neue Krankenkasse. Somit ist ein Wechsel zum Ende des übernächsten Monats möglich.

Unter Umständen ist auch ein sofortiger Wechsel möglich: z. B. mit Beginn eines neuen Beschäftigungsverhältnisses, Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, nach dem Ende einer Familienversicherung, bei Rentenbeginn oder Arbeitslosigkeit.

WOZU BRAUCHEN WIR IHRE STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER (STEUERID)?

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.

WEITERE ANGABEN FÜR BESTIMMTE PERSONENKREISE:

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 <input type="checkbox"/> zum nächstmöglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> zum <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
Anlass Krankenkassenwechsel <input type="checkbox"/> sofortiger Wechsel <input type="checkbox"/> Wahl der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Erhöhung Zusatzbeitrag bish. Krankenkasse																	
Persönliche Angaben <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers																	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden																	
Name																	
Vorname																	
Straße/Nummer																	
PLZ	Ort																
Nationalität	Telefon*																
E-Mail*																	
Steuer-Identifikationsnummer																	
Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer																	
12-stellige Nummer																	
Geburtsdatum	Geburtsname																
Geburtsort	Geburtsland																
Mein Status/meine Tätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> arbeitslos (ALG I/Bürgergeld) <input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elterzeit <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter/-in <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Duales Studium <input type="checkbox"/> andere/r Tätigkeit/Status																	
Beziehen Sie eine Rente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.) Erhalten Sie Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Bescheid der Versorgungsstelle bei.)																	
Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter																	
Name																	
Straße/Nr.																	
PLZ	Ort																
Telefon	Betriebsnummer																
	Beginn Beschäftigung/Leistungsbezug																
Angaben zur bisherigen Krankenversicherung																	
Zuletzt versichert vom <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> bis <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> bei der		T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J										
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze																	
<input type="checkbox"/> familienversichert über <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px;"> <tr><td colspan="2">Name, Vorname</td></tr> <tr><td colspan="2">Geburtsdatum</td></tr> <tr><td colspan="2">Versichertennummer</td></tr> </table>		Name, Vorname		Geburtsdatum		Versichertennummer											
Name, Vorname																	
Geburtsdatum																	
Versichertennummer																	
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Grund		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn Land																	
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.																	
Datum	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 oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an datenschutz@bkk24.de.
 * freiwillige Angabe