

BKK24
Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

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

Do you have questions regarding this
declaration of accession? We are happy
to help – just give us a call!



BKK24
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen



Telefon/Phone 05724 971-0
Telefax/Fax 05724 971-4000



info@bkk24.de

IN WENIGEN SCHRITTEN ZUR BKK24 WECHSELN! JUST A FEW EASY STEPS TO CHANGE TO BKK24!

WIE FUNKTIONIERT DER BEITRITT? HOW DOES THE ACCESSION WORK?

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.

It is very easy to change your health insurance provider. Just fill out and send us this declaration of accession. We will take care of everything else. **Since January 1st, 2021, it is no longer necessary to give notice to your previous health insurance provider.** You just decide upon the BKK24 as your new provider. The change becomes effective at the end of the month after next. Under certain circumstances, an immediate change is also possible: e.g. at the start of a new employment, the start of self-employment, after the end of family insurance, at the start of retirement or unemployment.

WOZU BRAUCHEN WIR IHRE STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER (STEUERID)? WHY DO WE NEED YOUR TAX IDENTIFICATION NUMBER (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.

Due to the introduction of the Citizen Relief Act (Bürgerentlastungsgesetz), contributions to health and long-term care insurance can be taken into account to a greater extent for tax purposes since 1 January, 2010. You as a taxpayer can benefit if the data transfer to the tax authority is done electronically. This causes no additional effort for you. The tax ID is also necessary for the transmission of certain cash benefits, such as those from the bonus programme.



**WEITERE ANGABEN FÜR BESTIMMTE PERSONENKREISE/
ADDITIONAL INFORMATION FOR CERTAIN GROUP OF PERSONS:**

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.

Voluntary members who pay their dues themselves need to provide additional information. You will receive a separate questionnaire. Information regarding your income are necessary to calculate your dues correctly.

**RÜCKKEHR ODER ZUZUG AUS DEM AUSLAND/
RETURNING OR MOVING IN FROM ABROAD:**

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.

In case you just returned from a stay abroad or apply for insurance in Germany for the very first time, we often need additional information. We will contact you if this is the case. If you happen to possess verification of insurance from abroad, please feel free to submit a copy of them.

BEITRITTSERKLÄRUNG DECLARATION OF ACCESSION

**Ich möchte Mitglied der BKK24 werden
I wish to become a member of BKK24**

zum nächstmöglichen Zeitpunkt
at the next possible date

zum

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

as of

**Anlass Krankenkassenwechsel
Motive for change**

sofortiger Wechsel
immediate change

Wahl der Krankenkasse
choice of insurance provider

Erhöhung Zusatzbeitrag bish. Krankenkasse
present provider raised additional contribution

**Persönliche Angaben
Personal details**

weiblich
female

männlich
male

divers
divers

**Familienstand
Family status**

ledig
single

verheiratet
married

Lebenspartnerschaft
civil partnership

verwitwet
widowed

geschieden/
divorced

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

**Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer
Pension insurance number/Social Security number**

12-stellige Nummer
12-digit number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum
Date of birth

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Geburtsort
Place of birth

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsname
Name at birth

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsland
Country of birth

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

