

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

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

**Mein Status/meine Tätigkeit
My employment status**

Auszubildende/r
apprentice

Arbeitnehmer/-in
employee
 Elterngeld/Elternzeit
parental leave/allowance

Selbstständige/r
self-employed
 freiwillig Versicherte/r
voluntarily insuree

arbeitslos (ALG I/Bürgergeld)
unemployed (ALG I/citizen's income)
 Saisonarbeiter/-in
seasonal worker

Rentner/-in
pensioner
 Student/-in
student

andere/r Tätigkeit/Status
different status

Beziehen Sie eine Rente?
Do you receive pension payments? Ja yes Nein no

(Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.)
(If yes, please submit the latest pension approval certificate.)

Erhalten Sie Versorgungsbezüge?
Do you receive pensions and related benefits? Ja yes Nein no

(Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Bescheid der Versorgungsstelle bei.)
(If yes, please submit the latest verification of the pension office.)

**Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter
Employer/Agentur für Arbeit/Jobcenter**

Name
Name

Straße/Nr.
Street/no.

PLZ
Postal code

Ort
Place

Telefon
Phone

Betriebsnummer
Company number

Beginn Beschäftigung/ Leistungsbezug
Start of employment/benefit receipt

**Angaben zur bisherigen Krankenversicherung
Information about present/previous health insurance**

Zuletzt versichert vom
Last insured from

D D M M Y Y Y Y Y Y

bis
until

D D M M Y Y Y Y Y Y

bei der
at

selbst versichert
self-insured

mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze
My income is above the annual income threshold

familienversichert über
family-insured through

Name, Vorname
name, first name

Geburtsdatum
date of birth

Versichertennummer
insurance number

nicht gesetzlich versichert seit
not statutory insured since

D D M M Y Y Y Y Y Y

Grund
reason

Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn
return from foreign country before the inception date

Land
country

Haben Sie Kinder?
Do you have children? Ja yes Nein no

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?
Do you want to co-insure family members without charge? Ja yes Nein no

**Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.
I certify that the above information are complete and true. I will inform BKK24 of any changes without delay.**

Datum
Date

T T M M J J J J

Unterschrift
Signature

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

Note on data protection

Your data is collected and processed to fulfil our tasks by sec. 284 in conjunction with sec. 175 of the 5th Social Insurance Code (SGB V). Your cooperation is required by sec. 60 1st Social Insurance Code (SGB I) and sec. 206 5th Social Insurance Code (SGB V). Without the required data, membership cannot be carried out. Recipients of your data may be third parties or service providers commissioned by us within the framework of legal obligations and notification powers. General information on data processing and your rights can be found at www.bkk24.de/datenschutz or will be sent to you upon request. If you have any questions regarding data protection, please contact datenschutz@bkk24.de.

* optional information