

Ich wähle die Mitgliedschaft in der BKK Diakonie

Körperschaft des öffentlichen Rechts

ab _____

ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt

Die Erhebung der persönlichen Daten (Sozialdaten) ist aufgrund der §§ 284 und 206 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in Verbindung mit § 21 SGB Zehntes Buch (X) erforderlich

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	Familienstand
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort		
Zusatz zur Adresse	Telefon		
Versicherungsnummer der Rentenversicherung	eMail		
Geburtsname			
Geburtsort			
Bankverbindung (Angabe ist freiwillig) Konto Nr.	Bankleitzahl	Geldinstitut (Name, Ort)	

• Ich bin

- krankenversicherungspflichtig
 krankenversicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresentgeltgrenze
 ich nehme **erstmal**s eine Beschäftigung auf

• Ich bin beschäftigt

ab/seit	Name, Anschrift des Arbeitgebers
als	

• monatliches Bruttoarbeitsentgelt

_____ €

- einmalige Einnahmen (z.B. 13. Monatsgehalt, Urlaubsgeld)
• mit dem Arbeitgeber verwandt, verschwägert od. verheiratet
• an der Firma (Gesellschaft) beteiligt
• Ich übe daneben eine selbständige Tätigkeit aus

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Ich war in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert

vom _____ bis _____

bei (Name und Anschrift der Krankenkasse)

als Mitglied

als Familienversicherte (r) über

Name, Vorname des Hauptversicherten (z.B. Ehegatte)

• Mein Ehepartner ist bereits über die BKK Diakonie versichert

- nein ja

• Ich beziehe Rente

- nein ja

• Ich habe einen Rentenantrag gestellt

- nein ja

• Ich habe Angehörige, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und bei der BKK familienversichert werden sollen.

Bitte schicken Sie mir ein Anmeldeformular zu. _____

- nein ja

• Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse füge ich bei _____

- bitte Zutreffendes ankreuzen

• Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse reiche ich nach _____

Datum, Unterschrift

BKK Diakonie

Königsweg 8
33617 Bielefeld-Bethel

Tel. 0180/255- 34 25
Fax. 0521/144- 44 18
www.bkk-diakonie.de
info@bkk-diakonie.de

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann fordern Sie kostenlos
weitere Informationen an:

- Aktuelle Ausgabe unser Versichertenzeitschrift „PROFILE“
- Bonusprogramm „SANITAS“
- Private Zusatzversicherung
- Sozialversicherung für Berufsanfänger
- Sozialversicherung für Studenten
- Sozialversicherung der Rentner
- Mutter-/Vater-Kind-Kuren
- Urlaub im Ausland
- Aktivwoche
- Entspannung
- Ernährung
- Bewegung
- Rücken

Besuchen Sie uns
im Internet:
www.bkk-diakonie.de

Haben Sie individuelle Wünsche?

Wir senden die angeforderten Broschüren an:

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Telefon