

# Beitrittserklärung für Pflichtmitglieder (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich wähle die Mitgliedschaft bei der BKK Diakonie  ab \_\_\_\_\_  ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt

## 1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(Bitte aus Sozialversicherungsausweis / Gehaltsabrechnung entnehmen)

Wenn keine Versicherungsnummer angegeben werden kann: Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

Bankverbindung (Angabe ist freiwillig)

Konto Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Geldinstitut (Name, Ort) \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Versicherungsverhältnis (bitte die letzten 18 Monate angeben):

Ich war zuletzt:

pflicht-versichert	freiwillig-versichert	familien-versichert	nicht gesetzlich-versichert (privat)	vom	bis	Krankenkasse
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Ich bin beschäftigt als Arbeitnehmer bei der Firma \_\_\_\_\_

Ich bin Auszubildender \_\_\_\_\_

Ich nehme erstmalig eine Beschäftigung auf \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon, Ansprechpartner, Betriebsnummer)

Mein monatliches Arbeitseinkommen beträgt \_\_\_\_\_ EUR

Ich bin Student (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit :  ALG  ALG II Kundennummer: \_\_\_\_\_

Mein Ehepartner ist bereits bei der BKK Diakonie versichert

Ich habe einen Rentenanspruch gestellt

Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Krankenversicherung (Bitte Rentenbescheid in Kopie beifügen)

Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension, Direktversicherung, o. ä. – Bitte Bescheide in Kopie beifügen)

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?  ja  nein

Eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse  füge ich bei  reiche ich nach

**Wenn „Ja“ angekreuzt wird, bitte den Familienfragebogen auf der Rückseite ausfüllen.**

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon

### Datenschutzhinweis:

(§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X –): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

# Familienversicherung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

## Angaben zur Überprüfung der Familienversicherung

### 1. Allgemeine Angaben des Mitglieds:

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_  verwitwet  
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz

### 2. Familienangehörige

Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehegatten auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte mit den Kindern nicht verwandt ist. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Eigene Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenkasse (bitte angeben)	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____	vom _____ bis _____ bei _____
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung. Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung (sofern mehrere Beschäftigungen bestanden bzw. bestehen, bitte gesondertes Blatt verwenden)	_____ EUR vom _____ bis _____	_____ EUR vom _____ bis _____	_____ EUR vom _____ bis _____	_____ EUR vom _____ bis _____
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts (z.B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten  Zeitraum für den die Einkünfte erzielt wurden bzw. werden (ggf. gesondertes Blatt verwenden)	_____ EUR Art der Einkünfte _____ vom _____ bis _____	_____ EUR Art der Einkünfte _____ vom _____ bis _____	_____ EUR Art der Einkünfte _____ vom _____ bis _____	_____ EUR Art der Einkünfte _____ vom _____ bis _____
Selbständige Tätigkeit	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Schulbesuch / Studium (bitte bei Kindern ab dem 23. Lebensjahr Schulbescheinigung beifügen)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst (bitte bei Kindern ab dem 25. Lebensjahr eine Dienstzeitbescheinigung beifügen)	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

**Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o.a. Familienangehörigen erhöht oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.**

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ zu erreichen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit den Angaben dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden

Unterschrift des Ehegatten

Mit den Angaben dieser Daten zur Prüfung der Familienversicherung bin ich einverstanden

Unterschrift der Kinder, die das 15. Lebensjahr vollendet haben

### Datenschutzhinweis:

(§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X –): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Die Angabe der Telefon-Nr. ist freiwillig.

# Krankenversicherung der Studenten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname, Geburtsname      Telefon      Sozialversicherungsnummer (falls vorhanden) oder Geburtsdatum und -ort

Semesteranschrift falls abweichend      Familienstand

Ehegatte ist versichert bei: \_\_\_\_\_  entfällt      Kinder sind versichert bei: \_\_\_\_\_  entfällt

## Das Studium an der:

(Name und Anschrift der Universität bzw. Fachhochschule)

## wurde aufgenommen am:

(Tag der Einschreibung / Rückmeldung)

(Beginn des Studiums)

(laufende Semesterzahl)

Das 14. Fachsemester bzw. das 30. Lebensjahr wird / wurde überschritten, weil folgende familiäre oder persönliche Gründe (z.B. Zugangsvoraussetzungen über den Zweiten Bildungsweg, Erkrankung, Geburt des Kindes, Wehrdienst, Zivildienst etc.) vorlagen:

## Angaben zu den Einkommensverhältnissen

- Ich haben kein eigenes Einkommen
- Mein durchschnittliches monatliches Einkommen beträgt zur Zeit: \_\_\_\_\_ EUR  
Art (z.B. Arbeitsentgelt, Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit): \_\_\_\_\_

## Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin zur Zeit bei der

(Name und Anschrift der Krankenkasse)

als:  Arbeitnehmer       freiwilliges Mitglied       Rentner       Familienangehöriger versichert

## Bei Familienversicherung:

Die Versicherung wird über \_\_\_\_\_ durchgeführt.  
(Name, Vorname und Geburtsdatum des Mitglieds)

Ich habe Wehr- oder Zivildienst vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ geleistet.  
 entfällt

Anmerkung: Die Familienversicherung verlängert sich um evtl. geleisteten Wehr- oder Zivildienst. Sollte dieses für Sie zutreffen, fügen Sie bitte eine Bescheinigung hierüber bei.

## Falls Versicherungspflicht als Student vorliegt / eintritt:

Die Mitgliedschaft soll bei folgender Krankenkasse durchgeführt werden

- BKK Diakonie       \_\_\_\_\_
- Die fälligen Beträge werde ich jeweils ein Semester im Voraus überweisen.
- Die fälligen Beträge sollen abgebucht werden bei

(Name des Geldinstitutes, Bankleitzahl, Kontonummer)

(Name des Kontoinhabers, falls abweichend)

- Ich beantrage die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (falls privat krankenversichert)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

## Wird von der Krankenkasse ausgefüllt

- Es besteht Versicherungsfreiheit
- Es besteht Versicherungspflicht vom \_\_\_\_\_ an.
- Versicherungsbescheinigung wurde ausgestellt
- Befreiungsbescheid wurde ausgestellt

(Datum und Unterschrift)

Eingabestempel:

# Beitrittserklärung für freiwillig versicherte Mitglieder

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich beantrage eine freiwillige Mitgliedschaft in der BKK Diakonie  ab \_\_\_\_\_  
 ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt

## 1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich  Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend  geschieden seit \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder?  ja  nein

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(Bitte aus Sozialversicherungsausweis / Gehaltsabrechnung entnehmen)

Wenn keine Versicherungsnummer angegeben werden kann: Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Versicherungsverhältnis (bitte die letzten 18 Monate angeben):

Ich war zuletzt:

pflicht-versichert	freiwillig versichert	familien-versichert	vom	bis	Krankenkasse
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Ich bin beschäftigt als Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Arbeitgeber-Betriebsnummer (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

Bitte Art der Einnahmen angeben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die fälligen Beiträge werden  vom Konto abgebucht  überwiesen  vom Arbeitgeber gezahlt

Bankverbindung (Name, Anschrift, Telefon, Ansprechpartner, Betriebsnummer)

Kontonummer \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Sollen Familienangehörige mitversichert werden?  ja  nein

Eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse  füge ich bei  reiche ich nach

**Wenn „Ja“ angekreuzt wird, bitte den Familienfragebogen auf der Rückseite ausfüllen.**

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon

### Datenschutzhinweis:

(§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X –): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.