

Antrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Sonstige

(bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Teil 1

Ich möchte zum nächstmöglichen Zeitpunkt Mitglied der BKK Diakonie werden

bzw. zum

Ich möchte die Online Geschäftsstelle der BKK Diakonie nutzen.

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname Telefon

Anschrift E-Mail

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt

Staatsangehörigkeit

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft

Haben Sie Kinder? ja nein

Ist Ihr Ehegatte privat versichert? ja nein

Krankenversicherungsnummer Steueridentifikationsnummer

Rentenversicherungsnummer

Die nachfolgenden Angaben werden in jedem Fall benötigt: Geburtsdatum

Geburtsname Geburtsort und -land

2. Grund der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung:

Hiermit beantrage ich den Beitritt zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung aus folgendem Grund:

Beendigung einer bisherigen Familienversicherung zum

Ich war bisher familienversichert über (Name, Vorname und Geburtsdatum des/der Hauptversicherten):

.....

Erstmalige Aufnahme einer sozialversicherungsfreien Beschäftigung

Wechsel der Krankenkasse (bisherige Krankenkasse)

Sonstiges

Beendigung einer bisherigen Pflichtversicherung (in diesem Fall bitte Krankenversicherung der letzten fünf Jahre angeben):

von/bis Name der Krankenkasse

von/bis Name der Krankenkasse

von/bis Name der Krankenkasse

Antrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Sonstige (bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Teil 2

3. Angaben zur Tätigkeit:

- Arbeitnehmer/-in der Firma Anschrift
- Selbstständig Tätige/-r Rentner/-in
- Hausfrau/Hausmann Schüler/-in
- Student/-in Erwerbslos

Meine Einnahmen betragen jährlich mehr als 58.050,00 Euro.

4. Art der weiteren Einnahmen:

- Einkünfte aus Gewerbebetrieb: seit
- Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
- Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit: seit
- Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
- Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung: seit
- Monatliche Einnahmen (ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
- Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro
- Renten aus dem Ausland: seit
- Monatliche Einnahmen (ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
- Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro
- Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente): seit
- Art Name der Zahlstelle
- Aktenzeichen/Personalkennziffer
- Monatliche Einnahmen (ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
- Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro
- Sonstige Einnahmen (z. B. Unterhaltszahlungen): seit
- Monatliche Einnahmen (ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
- Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro

Antrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Sonstige (bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Teil 3

- Die fälligen Beiträge werden von meinem Arbeitgeber im Rahmen des Firmenzahlungsverfahrens an Sie abgeführt.
- Die fälligen Beiträge werde ich an Sie überweisen.
- Die fälligen Beiträge sollen abgebucht werden (siehe nächste Seite).

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und nach bestem Gewissen gemacht. Jede Änderung meiner Einnahmen werde ich unverzüglich mitteilen.

Sofern mir meine Steueridentifikationsnummer nicht vorliegt, berechtere ich die BKK Diakonie, diese über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) anzufordern.

Datenschutzhinweis: Damit wir die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Allgemeine Informationen zum Datenschutz, zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-diakonie.de/datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzbestimmungen der BKK Diakonie gelesen haben und damit einverstanden sind.

- Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Diakonie meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich bei Rückfragen zur Herstellung der Mitgliedschaft per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Mandat für das SEPA-Basislastschrift-Verfahren

Für Beiträge ab dem

1. Persönliche Angaben:

Name Versicherte/-r / Firma

Anschrift

BNR / KVNR

2. Zahlungsempfänger:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld

DE29ZZZ00000119339

Ich ermächtige die BKK Diakonie, mittels Lastschrift Zahlungen von meinem Konto einzuziehen.

Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Diakonie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

3. Bankverbindung:

Name (Kontoinhaber/-in) Anschrift

IBAN BIC

Kontonummer Bankleitzahl (BLZ)

Name des Kreditinstituts

Dieses SEPA-Lastschrift-Mandat gilt für folgendes Beitragskonto (falls vom Kontoinhaber abweichend):

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Datenschutzhinweis: Damit wir die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Allgemeine Informationen zum Datenschutz, zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-diakonie.de/datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzbestimmungen der BKK Diakonie gelesen haben und damit einverstanden sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Diakonie meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich bei Rückfragen zur Herstellung der Mitgliedschaft per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin