

# 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](http://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](http://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