BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

UNSERE VORTEILE AUF EINEN BLICK

600 € ACHTSAMKEITSBUDGET

MODUL I
Professionelle Zahnreinigung
100 €

Professionelle Zahnreinigung:
Wir bezuschussen die professionelle Zahnreinigung im Jahr mit 100 €
(zweimal jährlich, max. 50 €).

+

MODUL II
Selbstfürsorge
240 €

Selbstfürsorge

- Hautkrebsvorsorge inkl. Auflichtmikroskopie
- Mammografie und Mammasonografie
- Check-up
- Toxoplasmose-Test
- Osteopathie (4 x 60 €)
- Homöopathische Arzneimittel
- Glaukom-Vorsorge
- Sportmedizinische Untersuchung
- Knochendichtemessung
  (Frauen ab 55 Jahren; Männer ab 65 Jahren)
- Sportbrillen (bis 18. Lebensjahr alle 3 Jahre)

+

MODUL III
Stressbewältigung und Prävention
260 €

Für die individuelle Stressbewältigung:

- Gesundheitsreisen in attraktive Kurorte in Deutschland, Österreich und der Schweiz
- Präventionskurse wie z.B. Yoga, Tai-Chi, Aquagymnastik, Rückenschule (2 Kurse, jeweils 100 €)

DIGITALE DIENSTE

- Online Geschäftsstelle

AUSLANDSREISESCHUTZIMPFUNGEN

100% Kostenübernahme der Impfstoffe.

BONUSPROGRAMM

Ganz einfach 10 € Prämie
pro Gesundheitsmaßnahme erhalten.

NATURMEDIZIN

- Homöopathie
- Erstattung homöopathischer Arzneimittel

PERSÖNLICHER ANSPRECHPARTNER

Bei uns haben Sie immer eine persönliche Ansprechpartnerin oder einen persönlichen Ansprechpartner.

Zeit für ...
– ZUVERLÄSSIGKEIT
– PERSÖNLICHKEIT
– MODERNITÄT

Haben Sie noch Fragen oder wünschen weitere Informationen? Rufen Sie uns gerne an.
Tel.: 0521.329876-120

Scan me

Königsweg 8 | 33617 Bielefeld | Telefon 0521.329876-120 | Fax 0521.329876-190 | E-Mail info@bkk-diakonie.de | www.bkk-diakonie.de

Beitrittserklärung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

BKK Diakonie
Krankenkasse für soziale Berufe

○ Ich möchte zum nächstmöglichen Zeitpunkt Mitglied der BKK Diakonie werden

bzw. zum .....

○ Ich möchte die Online Geschäftsstelle der BKK Diakonie nutzen.

Persönliche Angaben

Name ..... Vorname .....

Straße, Nr. ..... PLZ, Ort .....

Telefon ..... E-Mail .....

Geschlecht ○ weiblich ○ männlich ○ divers ○ unbestimmt

Staatsangehörigkeit .....

Familienstand ○ ledig ○ verheiratet ○ verwitwet ○ eingetragene Lebenspartnerschaft ○ getrennt lebend ○ geschieden seit .....

Rentenversicherungsnummer .....

Die nachfolgenden Angaben werden in jedem Fall benötigt:. ..... Geburtsdatum .....

Geburtsname ..... Geburtsort und -land .....

Möchten Sie Angehörige mitversichern? ○ ja ○ nein (Falls ja, nutzen Sie bitte zusätzlich das Antragsformular „Familienversicherung“)

Angaben zum Versicherungsverhältnis

In den letzten 12 Monaten war ich:

○ pflichtversichert ○ freiwillig versichert ○ familienversichert

○ nicht gesetzlich versichert (privat) ○ im Ausland

bei der Krankenkasse .....

○ Ich bin beschäftigt bei der Firma (bitte mit Adresse angeben) seit: .....

.....

.....

○ Ich bin damit einverstanden, dass Sie meinen Arbeitgeber über den Beginn meiner Mitgliedschaft informieren.

○ Ich bin damit einverstanden, dass bei Nichtzustandekommen des sofortigen Wahlrechts (z.B. bei Bestehen einer Bindungsfrist bei meiner bisherigen Krankenkasse) der Übergang in das Kündigungsverfahren (Kündigungsfrist 2 Kalendermonate) von Ihnen eingeleitet wird.

○ Mein mtl. Bruttoarbeitsentgelt liegt über 5.362,50 €

○ Ich bin beschäftigt und übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus.

○ Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert.

○ Ich bin an der Firma beteiligt.

○ Ich bin Student. (In diesem Fall erhalten Sie von uns einen gesonderten Antrag).

○ Ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit ○ ALG ○ ALG II Kundennr./Agentur .....

○ Ich habe einen Rentenantrag gestellt.

○ Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder eine Auslandsrente. (Bitte Rentenbescheid in Kopie beifügen.)

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

○ Ich nehme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen (DMP) teil.

○ Ich nehme bereits Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch.

○ Ich bin zurzeit arbeitsunfähig.

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

Stand: Dezember 2021

BKK Diakonie, Königsweg 8, 33617 Bielefeld, Telefon 0521.329876-120, Telefax 0521.329876-190, E-Mail info@bkk-diakonie.de