

BEITRITTSERKLÄRUNG (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

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 getrennt lebend geschieden seit
Lebenspartnerschaft

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:

Handelt es sich um einen AG-Wechsel? ja nein

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 6.150,00 €

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 Rentenanspruch 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