



Mitglieder werben Mitglieder

Ihre BKK VICTORIA-D.A.S. macht Ihnen ein Angebot: Sie empfehlen uns in Ihrem Kollegen-, Freundes- oder Bekanntenkreis und wir belohnen Sie.

20 € – Unser Dankeschön an Sie

Jede erfolgreiche Werbung honoriert Ihre BKK VICTORIA-D.A.S. mit einer Prämie in Höhe von 20 €. Sie erhalten die Prämie, sobald die neue Mitgliedschaft begonnen hat.

Sie möchten weitere Mitglieder für uns werben?
Dann setzen Sie sich einfach mit uns in Verbindung.

>> Telefon 0211 477-6171

>> E-Mail info@bkk-victoria-das.de

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Beitrittserklärungen akzeptiert werden.

Weil Sie uns wichtig sind ...

Antwort

BKK VICTORIA-D.A.S.
Fischerstraße 8
40477 Düsseldorf

Ich habe umseitigen Interessenten geworben >>

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Krankenversichertennummer

Kontonummer

BLZ

Name der Bank/Sparkasse

Bitte überweisen Sie mir für meine Bemühungen unmittelbar nach Beginn der neuen Mitgliedschaft die Prämie in Höhe von 20 €.

Datum

Unterschrift



VICTORIA



Wichtig für Ihren durchgehenden Versicherungsschutz: Mit Ihren Angaben und Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bei uns versichert sein wollen.

Ja, ich möchte ab Mitglied der BKK VICTORIA-D.A.S. werden!

Meine persönlichen Daten

alte Bundesländer neue Bundesländer

Name	Vorname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Telefon dienstlich	Telefon privat
Geburtsdatum/-ort	Geburtsname/Geschlecht
Staatsangehörigkeit	Familienstand kinderlos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rentenversicherungsnummer	Steueridentifikationsnummer

Meine Bankverbindung

Kontonummer	Bankleitzahl
Kreditinstitut	

Berufliche Tätigkeit

Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Student/in
 Rentner/in Selbstständig Sonstiges

Krankenversicherung

pflichtversichert freiwillig versichert

Mein Arbeitgeber

Name	Beginn der Beschäftigung	
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
Telefon/Ansprechpartner	Personal-Nr.	Betriebs-Nr. <small>(Bitte im Personalbüro erfragen)</small>

Bisherige Krankenversicherung (vergangene 18 Monate)

(Angaben sind erforderlich – bitte Mitgliedsbescheinigung und ggf. Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse beifügen, soweit Sie die Mitgliedschaft gekündigt haben.)

Zeitraum (von... bis)	Art der Mitgliedschaft (bitte ankreuzen)	Name, Anschrift der Krankenkasse
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> nicht versichert bzw. privat versichert	
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> nicht versichert bzw. privat versichert	
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> nicht versichert bzw. privat versichert	

Ich beziehe eine Rente

Nein Ja (Rentenart)

RV-Träger

Ich erhalte Versorgungsbezüge

Nein Ja (Art, Zahlstelle)

Mein Ehegatte/Lebenspartner/in ist selbst versichert

Nein Ja, bei

Meine Familienangehörigen sollen beitragsfrei mitversichert werden

Nein Ja

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Datenschutzhinweis

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 Sozialgesetzbuch V (SGB V) i. V. mit § 284 SGB V. Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Anfrage der Steueridentifikationsnummer und zur Übermittlung der Höhe der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung.

Haben Sie noch Fragen? Wir sind gerne für Sie da: Tel.: 0211 477-6171; Fax: 0211 477-7563