Miele BKK

MEHR LEISTUNG
BEI MIELE

Immer besser, darum sind Sie in der BKK Miele gut aufgehoben

- Persönliche Ansprechpartner & individuell in der Versorgung
- **80 €** Zuschuss für Ihre professionelle Zahnreinigung jährlich
- **120 €** Zuschuss für Ihre individuellen Vorsorgeleistungen jährlich
- **Bis zu 320 €** Zuschuss im Bonusprogramm
- **420 €** Zuschuss zur Osteopathie jährlich

Unser vollständiges **Leistungsangebot** finden Sie unter

SO WERDEN SIE **MITGLIED**

- Antrag **ausfüllen**
- Wir **kümmern** uns!
- Herzlich Willkommen bei der BKK Miele, **schön dass Sie bei uns sind!**

Weitere **Anträge zur Mitgliedschaft** finden Sie unter

Aufnahmeantrag

BKK Miele
Carl-Miele-Str. 29
D-33332 Gütersloh

E-Mail: **info@bkk-miele.de**
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: **05241 89-2189**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Ich wähle die Mitgliedschaft in der BKK Miele ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt.

Name, Vorname	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Familienstand
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Sozialversicherungsnummer	Geburtsdatum	Telefonnummer
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Tätigkeit

☐ Arbeitnehmer ☐ Rentner bzw. Rentenantragsteller (bitte Rentenbescheid beifügen)
☐ Auszubildender ☐ Arbeitslos (bitte Leistungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit beifügen)

Beschäftigung

Arbeitgeber/Firma	☐ Miele/Werk (bitte Werk angeben)	Beschäftigung seit
Straße & Hausnummer des Arbeitgebers		PLZ & Ort des Arbeitgebers
Mein jährliches Bruttoarbeitsentgelt beträgt mehr als 69.300,00 € ☐ ja ☐ nein		

In den letzten 12 Monaten vor Mitgliedschaftsbeginn war ich wie folgt versichert ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig ☐ familienversichert ☐ privat	Krankenkasse/Versicherung
Zeitraum von	Zeitraum bis

Ich habe Familienangehörige, die bereits in der BKK Miele selbst Mitglied sind ☐ ja ☐ nein	Name des Familienangehörigen
Geburtsdatum des Familienangehörigen	Verwandtschaftsverhältnis ☐ Ehegatte ☐ Mutter/Vater

☐ Ich bitte hiermit um Zusendung eines Aufnahmeantrages für meinen Ehegatten

☐ Ich bitte um Zusendung eines Antrages für Familienangehörige

Unterschrift

Ort/Datum	Unterschrift X

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt(§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., E-Mail-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die versicherungs- und beitragsrechtliche Feststellung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.