

Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft

Ja, ich möchte ab _____ freiwilliges Mitglied bei der BERGISCHEN Krankenkasse werden.

➤ Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Familienstand
Sozialversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Ja , ich möchte den E-Mail-Newsletter erhalten.	
Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)	
Geburtsname	Geburtsort	

➤ Grund der freiwilligen Mitgliedschaft

<input type="checkbox"/> Selbstständigkeit (Gewerbeanmeldung/ Anmeldung freiberufliche Tätigkeit beilegen)	Selbstständig als:	wöchentliche Arbeitsstunden:
<input type="checkbox"/> Künstler (Anmeldung freiberufliche Tätigkeit beilegen)	<input type="checkbox"/> Beamter (Verbeamtungsurkunde beilegen)	
<input type="checkbox"/> Rentner (Rentenbescheid beilegen)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
<input type="checkbox"/> sonstige Gründe:	<input type="checkbox"/> Kein weiterer Versicherungsschutz	

Mein Ehegatte ist

<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert bei:	
<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert (bei der Beitragsbemessung werden seine Einnahmen berücksichtigt)

Beitragshöhe in der Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Ich habe Kinder (bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder
---	---

Auf die BERGISCHE Krankenkasse wurde ich aufmerksam durch: (Aktionstag, Vermittler inkl. Name und Beraternummer, Empfehlung von, Sonstiges)

Dirk R. Salomon / www.finanzipartnerschaft.de / 1231053

➤ Bislang war ich

<input type="checkbox"/> selbst versichert bei der BERGISCHEN Krankenkasse	<input type="checkbox"/> selbst versichert bei: (meine Kündigungsbestätigung liegt bei)	seit dem:
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Wahltarif abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Wahltarif abgeschlossen	
<input type="checkbox"/> familienversichert bei der BERGISCHEN Krankenkasse	<input type="checkbox"/> familienversichert bei: (meine Versicherungsbescheinigung liegt bei)	seit dem:

Ich habe Einnahmen

<input type="checkbox"/>	über der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 4.125,00 € <small>(eine Rente beziehe ich nicht)</small>	
<input type="checkbox"/>	unter der Mindestbemessungsgrenze von monatlich 945,00 €	Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: <small>(Bestätigung dieser Personen erforderlich)</small>

Bitte tragen Sie Ihre Einnahmen ein und streichen nicht Zutreffendes durch.

Zusätzlich zu Ihren Angaben sind Nachweise (z. B. letzter Einkommensteuerbescheid, Gehaltsabrechnung) **beizulegen**.

Art der Einnahme	Monatlich	Jährlich	Einnahmen meines nicht gesetzlich versicherten Ehegatten
Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit			
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung <small>(inkl. Einmalzahlungen, geldwerter Vorteil usw.)</small>			
Rente			
<input type="checkbox"/> Pension			
<input type="checkbox"/> Betriebsrente			
<input type="checkbox"/> Ruhegeld			
Zinseinnahmen			
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung			
<input type="checkbox"/> Abfindung			
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe/Grundsicherung			
<input type="checkbox"/> Gründungszuschuss			
<input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen			
<input type="checkbox"/> Sonstiges			

Ich stimme der Datenübermittlung der gezahlten Beiträge an das Finanzamt zu.

Meine Steuer-ID lautet:

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen umgehend mitteilen.

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

Bitte zurück an:

**DIE BERGISCHE
KRANKENKASSE
Postfach 19 05 40
42705 Solingen**

Telefon 0212 2262-210
Telefax 0212 2262-405
E-Mail beitraege@die-bergische-kk.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZ00000095657

Mandatsreferenz / Kundennummer:

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BERGISCHE Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BERGISCHEN Krankenkasse 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name	Vorname
Straße	PLZ/Ort
Name des Kreditinstituts	BIC (8- oder 11-stellig)
IBAN (max. 31-stellig)	

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat _____ abgebucht werden.

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

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Name (abweichender Zahlungspflichtiger)	Vorname
Straße	PLZ/Ort

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Bergischen Krankenkasse erforderlich, sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.