

So einfach gehts

1 Passfoto

- Bitte senden Sie uns ein aktuelles Passfoto (Format 35 x 45 mm). Die Höhe der Gesichtsdarstellung sollte mindestens 32 mm (gemessen vom Haaransatz bis zum Kinn) betragen.
- Der Bildhintergrund darf keine störenden Konturen, Gegenstände oder andere Personen zeigen und muss einen deutlichen Kontrast zu Gesicht und Haaren bieten.
- Die Augen müssen geöffnet und deutlich sichtbar sein (bei Brillenträgern dürfen die Augen nicht durch das Brillengestell verdeckt sein).
- Sollten Sie eine Kopfbedeckung tragen (z. B. bei Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft), muss ihr Gesicht dennoch in vollem Umfang zu erkennen sein.
- Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen Ihr Lichtbild nicht zurücksenden können.

Datenschutz

Wir benötigen Ihre persönlichen Daten sowie Ihr Lichtbild, um Ihnen Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) ausstellen zu können. Zur Ausstellung Ihrer elektronischen Gesundheitskarte ist es erforderlich, dass wir ein digitales Bild von Ihnen speichern, das auf die Karte aufgedruckt wird.

2 Beginn der Mitgliedschaft

- Bei Kassenwechsel nach Ablauf der Kündigungsfrist von zwei Kalendermonaten.
- Bei erstmaliger Beschäftigung (z. B. Ausbildung) mit Beschäftigungsbeginn.

3 Krankenversicherungsnummer

Mit der Gesundheitskarte wurde auch eine neue Krankenversicherungsnummer eingeführt. Wie auch die Rentenversicherungsnummer wird die Krankenversicherungsnummer nur einmal vergeben und bei Änderung der persönlichen Daten nicht geändert (Beispiel: A123456789).

4 Rentenversicherungsnummer

Die zwölfstellige RV-Nummer finden Sie u. a. auf Gehaltsabrechnungen, Entgeltmeldungen und dem Sozialversicherungsausweis (Beispiel: 65 010190 J 008).

5 Strukturiertes Behandlungsprogramm

Programme für Menschen mit chronischen Erkrankungen (Asthma, Brustkrebs, Diabetes, Koronare Herzkrankheit).

6 Steueridentifikationsnummer/Steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge

Seit 2010 sind vom Mitglied selbst gezahlte Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich abzugsfähig. Wichtig ist dies für alle freiwillig Versicherten, die ihre Beiträge selber zahlen (z. B. Selbständige oder Rentner und Studenten, die nicht pflichtversichert sind). Da hier mangels Arbeitgeber keine automatische Übertragung der Daten erfolgt, ist es wichtig, dass wir die gezahlten Beiträge für Sie melden. Bitte geben Sie uns dazu Ihr Einverständnis und teilen uns Ihre Steueridentifikationsnummer mit. Bei Fragen beraten wir Sie gern.



Melden Sie sich schnell und unkompliziert an unter:
www.bertelsmann-bkk.de

**Jetzt anmelden und alle Vorteile nutzen.
Auch online möglich.**

Bertelsmann BKK, Kranken- und Pflegeversicherung

Gütersloh

Carl-Miele-Straße 214, 33311 Gütersloh
Mo. – Fr. 8:00–17:00
Fon 05241 80-74000, Fax 05241 80-74142
service@bertelsmann-bkk.de

Geschäftsstelle Ost

(neue Länder und Berlin)

Karl-Marx-Straße 24, 07381 Pößneck
Mo. – Do. 08:30–15:00, Fr. bis 13:00 Uhr
Fon 03647 430-278, Fax 03647 430-358
GGP@bertelsmann-bkk.de

Geschäftsstelle RTL

(für Mitarbeiter)

Picassoplatz 1, 50679 Köln
Mo. – Fr. 11:00–14:00 Uhr
Fon 0221 4567-6907, Fax 0221 4567-6909
RTL@bertelsmann-bkk.de

Servicenummern:

Interessenten: 0800 80-74000 (kostenlos aus dem dt. Festnetz)
Feedback: feedback@bertelsmann-bkk.de

Besuchen Sie uns auf
www.bertelsmann-bkk.de

Bitte Lichtbild
für Gesundheitskarte
einkleben
(falls zur Hand).

1



Wichtiger Hinweis: Diese Anmeldung ist auch ohne Foto möglich. Das Lichtbild kann zum Beginn der Mitgliedschaft nachgereicht werden.

Meine persönlichen Daten

Ja, ich werde Mitglied ab dem _____

2

Name, Vorname	Geburtsname
Familienstand	Geburtsort
Geburtsdatum	Krankenversichertennummer
Staatsangehörigkeit	Rentenversicherungsnummer
Straße/Nr.	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

3

4

Meine Bankverbindung (für Erstattungen, z.B. Zahnersatz)

Kontonummer	Bankleitzahl
Bank	

Meine bisherige Krankenversicherung (Angaben nur für die letzten 18 Monate)

Name bisheriger Krankenkasse _____

Anschrift bisheriger Krankenkasse _____

Als **Mitglied** gesetzlich krankenversichert (AOK, BKK, Ersatz- oder Innungskrankenkasse)

Pflichtversichert Freiwillig versichert

Mitgliedschaft gekündigt am _____ **zum** _____

Kündigungsbefreiung: liegt bei reiche ich nach

Als **Familienversicherte/-r** beitragsfrei gesetzlich krankenversichert.

Name des Mitglieds	Familienversichert seit
--------------------	-------------------------

Senden Sie uns Ihre Anmeldung:

per Fax: 05241 80-74140 | per Bertelsmann-Hauspost:
Abt. BKK oder per Post: Carl-Miele-Straße 214, 33311 Gütersloh



Sie haben Fragen? Wir beraten Sie gern!

Gebührenfrei unter Fon 0800 80-74000 oder service@bertelsmann-bkk.de

Nicht gesetzlich krankenversichert. Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse nur möglich im Falle:

- Eintritt Versicherungspflicht** (vorher privat krankenversichert)
- Zuzug aus dem Ausland** (bitte Meldebescheinigung beifügen)

Mein Arbeitgeber

Arbeitgeber	Abteilung
Straße/Nr.	Beschäftigungsbeginn
PLZ/Ort	Personalnummer
Telefon	

Mein sonstiger Status (bitte entsprechenden Nachweis beilegen)

Ich bin in einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) eingeschrieben (bitte Arzt über Kassenwechsel informieren)

Student Bezieher ALG I Bezieher ALG II Rentner Bezieher Versorgungsbezüge

Selbstständig, bitte melden Sie die von mir gezahlten Beiträge gemäß §10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung, damit sie als Sonderausgabe anerkannt werden:

ja nein

Steueridentifikationsnummer

Angehörige/Ehepartner/Lebensgefährte

Ich habe ein Kind und bin daher vom Pflegeversicherungszuschlag für Kinderlose befreit.

Eine Kopie der Geburtsurkunde habe ich beigelegt (Antwort entfällt, wenn Sie das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder vor dem 01.01.1940 geboren sind).

Meine Kinder und/oder mein Ehepartner sollen/soll beitragsfrei familienversichert werden.

Antrag auf Familienversicherung meiner Angehörigen liegt bei.

Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung.

Mein Ehepartner/Lebensgefährte ist selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und möchte ebenfalls Mitglied werden. Bitte senden Sie mir ein weiteres Anmeldeformular.

Name, Vorname



Ort, Datum

Unterschrift

Alle Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Anmeldung wird wirksam, wenn sie der gewählten Krankenkasse zugegangen ist. Ein Widerruf ist bis zum Ablauf der Kündigungsfrist möglich.

Kündigung meiner Mitgliedschaft /
Widerruf Einverständnis Kontaktaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft zum Ende des übernächsten Monats, bzw. zum nächstmöglichen Termin, sofern die 18-monatige Kündigungsfrist ein früheres Ende nicht zulässt.

Bitte senden Sie mir die Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei der neuen Krankenkasse.

Meine Entscheidung ist wohlüberlegt. Ich widerrufe daher hiermit auch ausdrücklich und mit sofortiger Wirkung die Erlaubnis mich telefonisch oder persönlich zu kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen