

A) MEINE PERSÖNLICHEN DATEN

m (männlich) w (weiblich) x (unbestimmt) d (divers)

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Telefon tagsüber

Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer

PLZ und Ort

E-Mail

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend seit geschieden seit

Mein Ehegatte ist **gesetzlich** krankenversichert Mein Ehegatte ist **privat** krankenversichert

Ich habe **keine Kinder**

Ich habe **insgesamt** **Kinder**, davon sind Kinder unter 25 Jahre alt. (Bitte Tabelle ausfüllen)

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad des Kindes/ der Kinder zu mir	Verwandtschaftsgrad des Kindes/ der Kinder zu meinem Ehegatten
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind
5. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind

Adoptierte Kinder sind bei der Ermittlung des korrekten Beitrages den leiblichen Kindern gleichzustellen

Beihilfeanspruch:

Nein Ja (Bitte Nachweis beifügen)

B) MEINE EINNAHMEN

Ich habe **eigene Einnahmen**

Ja Nein, ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch

Meine jährlichen **Einnahmen übersteigen die Beitragsbemessungsgrenze** von 66.150 € (2025).

Ja (Weitere Angaben in den Tabellen sind nicht erforderlich) Nein (**Bitte Tabelle auf Seite 2 ausfüllen**)

Die **jährlichen Einnahmen meines Ehegatten übersteigen die Beitragsbemessungsgrenze** von 66.150 € (2025).

(nur angeben, wenn Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist).

Ja Nein

→ Wenn **Ihre** jährlichen Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze von 66.150 € (2025) übersteigen,
bitte Tabelle auf Seite 2 ausfüllen

Angaben nur erforderlich, wenn Ihre Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze von 66.150 € (2025) nicht übersteigen.	Meine Einnahmen		Einnahmen meines Ehegatten (nur angeben, wenn Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist)	
	Monatlich	Jährlich	Monatlich	Jährlich
Lohn/Gehalt inkl. Einmalzahlungen (brutto) Bitte Gehaltsabrechnung beifügen.	€	€	€	€
Abfindung aus einem Beschäftigungsverhältnis (brutto) Ordentliche Kündigungsfrist durch den Arbeitgeber wurde <input type="checkbox"/> eingehalten <input type="checkbox"/> nicht eingehalten Bitte Abfindungsvertrag und letzte Gehaltsabrechnung beifügen.	€	€	€	€
Bezüge für Beamte Meine letzte Anpassung war am <input type="text"/> Bitte Bezügemitteilung beifügen.	€	€	€	€
Einnahmen (Gewinn) aus selbständiger Tätigkeit Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.	€	€	€	€
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.	€	€	€	€
Einnahmen aus Kapitalvermögen Bitte Nachweise beifügen.	€	€	€	€
Renten (auch private oder ausländische Renten) Bitte aktuellen Bescheid beifügen.	€	€	€	€
Versorgungsbezüge, z.B. Pension, Betriebsrente Bitte aktuellen Bescheid beifügen.	€	€	€	€
Ehegattenunterhalt Bitte Nachweis beifügen.	€	€	€	€
Gründungszuschuss/Einstiegs geld Bitte Bescheid beifügen.	€	€	€	€
Arbeitslosengeld/Bürger geld Bitte Bescheid beifügen.	€	€	€	€
Sonstige Einnahmen (z.B. Sozialhilfe) Bitte Bescheid beifügen.	€	€	€	€

C) ANGABEN ZUM STEUERBESCHEID

- Ich bin **nicht einkommensteuerpflichtig**.
- Der aktuelle **Einkommensteuerbescheid liegt mir noch nicht vor**. Diesen reiche ich nach Erhalt unverzüglich in Kopie ein.
- Der letzte mir vorliegende **Einkommensteuerbescheid ist für das Jahr**

D) ANGABEN ZU MEINER TÄTIGKEIT

- Ich bin **Arbeitnehmer** bei der Firma

 Straße und Hausnummer PLZ und Ort
- Ich bin **selbständig/freiberuflich tätig** als: seit:
- Ich habe ein **Gewerbe** angemeldet Nein Ja (Bitte Gewerbeanmeldung beifügen)
- Ich habe **Angestellte** Nein Ja, Anzahl der Mitarbeiter:
- Meine **wöchentliche Arbeitszeit** beträgt: Stunden
- Das **Einkommen ist meine Haupteinnahmequelle** Nein Ja
- Ich bin **nicht erwerbstätig**.
- Ich bin **Gesellschafter und/oder Geschäftsführer**.
(Bitte Gesellschaftsvertrag beifügen)
- Ich habe mich **arbeitslos gemeldet**.
- Ich bin **Beamter**. (Bitte Ernennungsurkunde beifügen)
- Ich bin **Schüler/Student**.
- Ich bin **Rentner**.

E) ANGABEN ZUM KRANKENGELDANSPRUCH (gilt nur für hauptberuflich Selbständige)

Ich beantrage einen **Versicherungsschutz mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld** ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit: Nein Ja

Ich **verliere** im Falle meiner Arbeitsunfähigkeit **meine Einkünfte ganz oder überwiegend**: Nein Ja

Ich bin bereits **arbeitsunfähig**: Nein Ja

F) ANGABEN ZUR BEITRAGSZAHLUNG

Meine Beiträge sollen von der **Bertelsmann BKK eingezogen** werden. Das SEPA-Lastschriftmandat habe ich beigefügt.

Meine Beiträge werde ich **überweisen**.

Meine Beiträge werden von meinem **Arbeitgeber gezahlt**.

Meine Beiträge werden vom **Sozialamt** gezahlt, ab dem:

G) STEUER-ID FÜR DIE DATENÜBERMITTLUNG

Gezahlte Beiträge werden **steuermindernd** berücksichtigt. Ich teile Ihnen für die Übermittlung an das Finanzamt meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) mit.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

Fon: 05241 80-74000
Fax: 05241 80-74141
E-Mail: service@bertelsmann-bkk.de

Bertelsmann BKK
Postfach 170
33311 Gütersloh

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE37ZZZ00000060995
Mandatsreferenz:
Teilen wir Ihnen gesondert mit.
Krankenversicherturnummer:

- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Bertelsmann BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die von der Bertelsmann BKK 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 meiner Bank vereinbarten Bedingungen.

Gültig ab:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

NUR FALLS ZAHLUNG FÜR EINE ANDERE PERSON ERFOLGT:

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname des Versicherten (abweichender Zahlungspflichtiger)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort