

KRANKENGELDANSPRUCH (GILT NUR FÜR HAUPTBERUFLICH SELBSTÄNDIGE)

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

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

Ich bin bereits arbeitsunfähig Nein Ja

	Meine Einnahmen		Einnahmen meines Ehegatten <small>(nur angeben, wenn Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist)</small>	
	Monatlich in €	Jährlich in €	Monatlich in €	Jährlich in €
Lohn/Gehalt inkl. Einmalzahlungen <small>Bitte Gehaltsabrechnung beifügen.</small>				
Abfindung aus einem Beschäftigungsverhältnis <small>Ordentliche Kündigungsfrist durch den Arbeitgeber wurde <input type="checkbox"/> eingehalten <input type="checkbox"/> nicht eingehalten Bitte Abfindungsvertrag und letzte Gehaltsabrechnung beifügen.</small>				
Bezüge für Beamte <small>Meine letzte Anpassung war am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bitte Bezügemitteilung beifügen.</small>				
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit <small>Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.</small>				
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung <small>Bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.</small>				
Einnahmen aus Kapitalvermögen <small>Bitte Nachweise beifügen.</small>				
Renten (auch private oder ausländische Renten) <small>Bitte aktuellen Bescheid beifügen.</small>				
Versorgungsbezüge, z. B. Pension, Betriebsrente <small>Bitte aktuellen Bescheid beifügen.</small>				
Unterhaltszahlungen (ohne Kindesunterhalt) <small>Bitte Nachweis beifügen.</small>				
Gründungszuschuss/Einstiegsgeld <small>Bitte Bescheid beifügen.</small>				
Sonstige Einnahmen (z. B. Sozialhilfe) <small>Bitte Bescheid beifügen.</small>				

ANGABEN ZU DER BEITRAGSZAHLUNG

- Meine Beiträge sollen von der Bertelsmann BKK eingezogen werden. Das SEPA-Lastschriftmandat habe ich beigelegt.
 Meine Beiträge werde ich überweisen.
 Meine Beiträge werden von meinem Arbeitgeber gezahlt.
 Meine Beiträge werden von dem Sozialamt gezahlt, ab dem

EINWILLIGUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG

Gezahlte Beiträge können steuermindernd berücksichtigt werden. Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung gemäß § 10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz an die Finanzverwaltung.

- Nein Ja, meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und nach bestem Gewissen gemacht. Jede Änderung meiner Einnahmen werde ich unverzüglich mitteilen.



Unterschrift

Ort, Datum

Jede Einkommensänderung ist gem. § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch V unverzüglich mitzuteilen. Unterbleibt eine rechtzeitige Mitteilung, kann der Beitrag auch rückwirkend den veränderten Einkommensverhältnissen angepasst werden. Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 und § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister (z.B. Hersteller eGK) sein. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bertelsmann-bkk.de/datenschutz

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.

Krankenversicherten-Nummer:

SEPA-Lastschriftmandat

- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die Bertelsmann BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gültig ab:

 Herr Frau

Name, Vorname

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN



Unterschrift des Kontoinhabers

Ort, Datum

NUR FALLS ZAHLUNG FÜR EINE ANDERE PERSON ERFOLGT: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit: Herr Frau

Name, Vorname des Versicherten (abweichender Zahlungspflichtiger)

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort