

Ja, ich wähle die freiwillige Mitgliedschaft zum

A) MEINE PERSÖNLICHEN DATEN

Geschlecht:

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

Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Straße und Hausnummer

Telefonisch tagsüber erreichbar unter

PLZ und Ort

E-Mail

Rentenversicherungsnummer

Krankenversichertenummer

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend seit geschieden seit

Mein Ehepartner ist **gesetzlich** krankenversichert Mein Ehepartner ist **privat** krankenversichert

Ich habe **keine Kinder**

Ich habe **insgesamt** **Kinder**, davon sind Kinder unter 25 Jahre alt. (Bitte Tabelle auf Seite 3 ausfüllen)

Beihilfeanspruch:

Nein Ja (Bitte Nachweis beifügen)

B) GRUND FÜR DIE FREIWILLIGE KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Ende **meiner bisherigen Beschäftigung** zum

Wechsel der Krankenkasse zum

Ende **meines Leistungsbezuges** zum

Zuzug/Rückkehr aus dem Ausland zum

Ende **meiner Familienversicherung** zum

Sonstiges:

C) ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT (AB BEGINN DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG)

Ich bin **Arbeitnehmer** bei der Firma

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Ich bin **selbständig/freiberuflich tätig** seit

Ich habe ein **Gewerbe** angemeldet Nein Ja (Bitte Gewerbeanmeldung beifügen)

Ich habe **Angestellte** Nein Ja, Anzahl der Mitarbeiter

Meine **wöchentliche Arbeitszeit** beträgt Das **Einkommen ist meine Haupteinnahmequelle** Nein Ja

Ich bin **nicht erwerbstätig**

Ich bin **Schüler/Student**
(Bitte aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)

Ich bin **Gesellschafter und/oder Geschäftsführer**
(Bitte Gesellschaftsvertrag beifügen)

Ich bin **Beamter**
(Bitte Ernennungsurkunde beifügen)

Ich bin **Rentner**

Ich bin **Tagesmutter**, Anzahl der betreuten Kinder
(Bitte Nachweis vom Jugendamt beifügen)

D) ANGABEN ZU DEN 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 Tabellen unten ausfüllen)

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

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

Ja Nein

E) 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

	Meine Einnahmen		Einnahmen meines Ehegatten (nur angeben, wenn Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist)	
	Monatlich in €	Jährlich in €	Monatlich in €	Jährlich in €
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 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 zu Einnahmen beifügen.	€	€	€	€
Gründungszuschuss/Einstiegsgeld Bitte Bescheid beifügen.	€	€	€	€
Sonstige Einnahmen (z. B. Sozialhilfe) Bitte Bescheid beifügen.	€	€	€	€

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. Meine Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) für die Übermittlung an das Finanzamt lautet:

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

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

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

urschriftlich zurück an:

Bertelsmann BKK
 Postfach 170
 33311 Gütersloh

Name, Vorname
Geburtsdatum

Für die Ermittlung des Pflegeversicherungsbeitrages sind folgende Angaben erforderlich*:

Ich habe **insgesamt** **Kinder**, davon sind Kinder **unter 25 Jahre** alt.

Bitte tragen Sie Ihre Kinder unter 25 Jahren in der folgenden Tabelle ein.

Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie gerne die Rückseite für weitere Angaben.

1. Kind				
Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum des Kindes				
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind

2. Kind				
Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum des Kindes				
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind

3. Kind				
Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum des Kindes				
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind

4. Kind				
Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum des Kindes				
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind

5. Kind				
Name, Vorname des Kindes				
Geburtsdatum des Kindes				
Kindschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Leibliches Kind	<input type="checkbox"/> Stiefkind	<input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Adoptivkind

*Für die Berechnung des korrekten Beitrags sind sowohl lebende, als auch verstorbene Kinder anzugeben.

--

Ort, Datum

--

Unterschrift (bitte hier in jedem Fall unterschreiben)

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.
Krankenversichertennummer:

- 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