

## Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft

**Ja, ich möchte ab** \_\_\_\_\_ **freiwilliges Mitglied der  
BERGISCHEN Krankenkasse werden.**

### Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Telefon (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
E-Mail (freiwillige Angabe)

### Grund der freiwilligen Mitgliedschaft

Selbständigkeit als \_\_\_\_\_ (Bitte Gewerbeanmeldung / Anmeldung freiberufliche Tätigkeit beifügen.)

Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden \_\_\_\_\_ Anzahl der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Künstler (Bitte Anmeldung freiberufliche Tätigkeit beifügen.)

Beamter (Bitte Verbeamtungsurkunde beifügen.)

Rentner (Bitte Rentenbescheid beifügen.)

Kein weiterer Versicherungsschutz

sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

### Mein Ehegatte ist

gesetzlich krankenversichert bei \_\_\_\_\_

familienversichert

nicht gesetzlich krankenversichert (Bei der Beitragsbemessung werden seine Einnahmen berücksichtigt.)

### Beitragshöhe in der Pflegeversicherung

Ich habe Kinder (Bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen.)

Ich habe keine Kinder

### Auf die BERGISCHE Krankenkasse wurde ich aufmerksam durch

\_\_\_\_\_  
(freiwillige Angabe, z. B. Aktionstag, Vermittler inkl. Name und Beraternummer, Empfehlung von, Sonstiges)

### Bislang war ich

versichert bei der BERGISCHEN Krankenkasse

selbst versichert bei (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.) \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse seit

Ich habe in den letzten drei Jahren einen Wahltarif abgeschlossen.  ja  nein

familienversichert bei (Bitte Versicherungsbescheinigung beifügen.) \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse seit

\_\_\_\_\_  
Zur internen Verarbeitung

\_\_\_\_\_  
Beraternummer

**Ich habe Einnahmen**

- über der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 4.537,50 €. Eine Rente beziehe ich nicht.
- unter der Mindestbemessungsgrenze von 1.038,33 €. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Adresse der den Unterhalt sicherstellenden Person

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann nach § 66 SGB I zu Nachteilen bei Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.die-bergische-kk.de/datenschutz](http://www.die-bergische-kk.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@die-bergische-kk.de](mailto:datenschutz@die-bergische-kk.de).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der den Unterhalt sicherstellenden Person

Bitte tragen Sie Ihre Einnahmen ein und streichen nicht Zutreffendes durch. **Zusätzlich zu Ihren Angaben sind Nachweise beizulegen**, z. B. letzter Einkommensteuerbescheid, Gehaltsabrechnung.

Art der Einnahme	monatlich	jährlich	Einnahmen meines nicht gesetzlich versicherten Ehegatten
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit			
<input type="checkbox"/> Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (inkl. Einmalzahlungen, geldwerter Vorteil usw.)			
<input type="checkbox"/> Rente			
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Betriebsrente <input type="checkbox"/> Ruhegeld			
<input type="checkbox"/> Zinseinnahmen			
<input type="checkbox"/> 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 umgehend mitteilen.**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Nach §§ 198 bis 206 SGB V sind Sie zur Angabe der Daten verpflichtet. Geben Sie die Daten nicht bekannt, drohen Rechtsfolgen (z. B. Schätzung, Zwangsfestsetzung der Beiträge, Bußgeld). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.die-bergische-kk.de/datenschutz](http://www.die-bergische-kk.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Die Verarbeitung meiner freiwilligen Daten kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: DIE BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen.

Ich bin damit einverstanden, dass die BERGISCHE meine angegebenen freiwilligen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der BERGISCHEN und ihrer Vertragspartner informieren und beraten zu können, auch per E-Mail und Telefon. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen. (Wenn nicht zutreffend, bitte streichen.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Telefon 0212 2262-210  
Telefax 0212 2262-405  
E-Mail [beitraege@die-bergische-kk.de](mailto:beitraege@die-bergische-kk.de)

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE  
Postfach 19 05 40  
42705 Solingen

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE19ZZZ00000095657

Mandatsreferenz / Kundennummer:

- 
- Mandat für einmalige Zahlung  
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

### SEPA-Lastschriftmandat

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

---

Name, Vorname

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

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 (bei abweichendem Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort (bei abweichendem Kontoinhaber)

---

Kreditinstitut (Name)

---

BIC (8- oder 11-stellig)

---

IBAN (max. 31-stellig)

**Beiträge sollen erstmalig für den Monat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.die-bergische-kk.de/datenschutz](http://www.die-bergische-kk.de/datenschutz) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, Postfach 19 05 40, 42705 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@die-bergische-kk.de](mailto:datenschutz@die-bergische-kk.de).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Kontoinhabers