

Mitgliedschaftsantrag

Ja, ich möchte ab _____ Mitglied bei der Bergischen Krankenkasse werden.

Persönliche Angaben

Name		Vorname		Geschlecht	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Straße			PLZ/Ort		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Telefon-Nr. (tagsüber)			Telefon-Nr. (privat)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
E-Mail		<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den E-Mail-Newsletter erhalten.		Sozialversicherungsnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsname		Geburtsort	Familienstand		Geburtsland
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kreditinstitut (für Leistungserstattungen)			Kontonummer		Bankleitzahl (BLZ)
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>

In den letzten 18 Monaten Mitglied bei folgender KK **Bei meiner bisherigen KK habe ich einen Wahltarif gewählt** Ja Nein

Bei der Bergischen Krankenkasse versichere ich mich als

<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (mein Lohn/Gehalt überschreitet die Jahresarbeitsentgeltgrenze)	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied (ich bin selbständig)
---	--	--

Die Beitragszahlung erfolgt durch

<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> mich	<input type="checkbox"/> Künstlersozialkasse	<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner ist selbst versichert und Mitglied bei der (freiwillige Angabe)
---	--------------------------------------	---	--

Auf die Bergische Krankenkasse wurde ich aufmerksam durch (freiwillige Angabe)
(Beispielsweise: Aktionstag, Arbeitgeber, Außendienst, Internet, Empfehlung von ...)

Bitte reichen Sie uns Ihre **Kündigungsbestätigung** zusammen mit dem Mitgliedschaftsantrag ein. Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass wir erst bei Vorliegen der Kündigungsbestätigung die Mitgliedschaft durchführen dürfen.

Mein Arbeitgeber (bzw. Universität, Ausbildungsbetrieb etc.)

Name		Ansprechpartner		Betriebsnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße			PLZ/Ort		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Telefonnummer		beschäftigt mich als		Beschäftigungsort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der Pflegeversicherung. Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ort	Datum	 Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vorbereitet für ein Fensterkuvert oder einfach faxen an: **0212 2262-408**

Als besonderen Service bietet die Bergische Krankenkasse **chronisch Erkrankten die kostenfreien Programme „BKK MedPlus“** an:

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ I	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ II
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Asthma und chronische Bronchitis	
<input type="checkbox"/> Ich bin bereits in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben		

Möchten Sie mehr hierzu erfahren, kreuzen Sie bitte das Programm entsprechend Ihrer Erkrankung an. Wir werden Ihnen Informationsbroschüren zukommen lassen.

Zur internen Verarbeitung

**DIE BERGISCHE
KRANKENKASSE
Postfach 19 05 40
42705 Solingen**

Angaben zur Familienversicherung

Versicherungsbeginn

1. Allgemeine Angaben des Mitgliedes

Name des Mitgliedes	Vorname	KV-Nr.
<input type="checkbox"/> im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft		<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet
<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)		<input type="checkbox"/> geschieden seit
<input type="checkbox"/> verwitwet		<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert
Mein Ehegatte ist selbst versichert (Name und Sitz der Krankenkasse)		Telefon-Nr. (tagsüber)
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, bei

2. Familienangehörige

Die nachstehende Tabelle bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Ehegatte oder Ihre Kinder bei uns versichert werden sollen, ansonsten können Sie den Vordruck nach Unterschrift zurückreichen. Angaben für Ihren Ehegatten bitte auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll; dabei sind Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen. Angaben zum Einkommen des Ehegatten sind nicht erforderlich, wenn dieser Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht mit den Kindern verwandt ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Vorname				
w = weiblich, m = männlich	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied (Sohn, Tochter, Stief- oder Pflegekind, Enkel)				
Eigene Versicherungen bei einer anderen Krankenkasse	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	EUR	EUR	EUR	EUR
Regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Kapitalvermögen, aus Vermietung und Verpachtung), Zahlbetrag der gesetzlichen Rente oder der Versorgungsbezüge, Betriebsrente, sonstige Renten	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte	EUR Art der Einkünfte
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schulbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer			
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.			
Geburtsname			
Geburtsort/Geburtsland			
Staatsangehörigkeit			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner o. a. Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes	Unterschrift des Ehepartners
------------	-----------------------------	------------------------------

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.