

Hauptstr. 30 · 42651 Solingen  
Calvinstr. 15 · 42103 Wuppertal  
Hauptstr. 164 A · 51465 Bergisch Gladbach

Stand 2017!

Manuela Schoth  
Telefon: 0212 2262-182  
Telefax: 0212 2262-5182  
manuela.schoth@die-bergische-kk.de

30.12.2016

## **Der erste Eindruck zählt**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenige Sekunden einer Begegnung entscheiden bereits, ob wir einen Menschen sympathisch finden. Bei der Wahl der richtigen Krankenkasse sollten Sie sich nicht nur auf den ersten Eindruck verlassen.

Machen Sie sich ein umfassendes Bild über Service und Leistungen der BERGISCHEN Krankenkasse mit unserem Informationspaket. Auch die Mehrleistungen der BERGISCHEN können sich sehen lassen.

### **Ihre Vorteile:**

- Bis zu 500,00 € jährliche Erstattung von Präventionskursen
- Flexibilitätsbonus – Ihr persönliches Gesundheitsbudget: 300,00 € pro Jahr für Osteopathie, eine professionelle Zahnreinigung, eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung, Brille oder Kontaktlinsen, erweiterte Vorsorge wie Messung des Augeninnendrucks
- Homöopathische Leistungen
- TÜV Qualitätssiegel mit einer Gesamtnote von 1,8 (gut) in puncto Serviceleistungen
- Ab 1. Januar 2017 15,99 % Beitragssatz

Sind Sie überzeugt? Dann senden Sie uns einfach Ihren ausgefüllten Mitgliedschaftsantrag zusammen mit Ihrem Lichtbild sowie der Kündigungsbestätigung Ihrer bisherigen Krankenkasse im Original zurück. Nutzen Sie bei Bedarf gern den Antrag für die kostenfreie Familienversicherung.

Profitieren Sie vom Wechsel zur BERGISCHEN Krankenkasse.

Haben Sie Fragen? Rufen Sie uns an. Wir beraten Sie gern.

Freundliche Grüße

**DIE BERGISCHE KRANKENKASSE** - Qualität mit Heimvorteil

# Mitgliedschaftsantrag

**Ja**, ich möchte ab \_\_\_\_\_ Mitglied bei der Bergischen Krankenkasse werden.

## Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Straße		PLZ/Ort		
Telefon-Nr. (tagsüber)	Telefon-Nr. (privat)	Geburtsdatum		
E-Mail	<input type="checkbox"/> <b>Ja</b> , ich möchte den E-Mail-Newsletter erhalten.	Sozialversicherungsnummer		
Geburtsname	Geburtsort	Familienstand	Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Kreditinstitut (für Leistungserstattungen)		Kontonummer	Bankleitzahl (BLZ)	
IBAN		BIC		
In den letzten 18 Monaten bei folgender KK versichert		In den letzten 3 Jahren habe ich einen Wahltarif abgeschlossen		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## Bei der Bergischen Krankenkasse versichere ich mich wie folgt

<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied als
<b>Ich beziehe eine Rente</b> (Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Die Beitragszahlung erfolgt durch</b>	<b>Mein Ehepartner ist selbst versichert und Mitglied bei der</b>
<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> mich <input type="checkbox"/> Künstlersozialkasse	<input type="checkbox"/> (freiwillige Angabe)
<b>Auf die Bergische Krankenkasse wurde ich aufmerksam durch</b> (z. B.: Aktionstag, Arbeitgeber, Außendienst, Internet, Empfehlung von ...)	
(freiwillige Angabe)	

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
Straße		PLZ/Ort
Telefonnummer	beschäftigt mich als	Beschäftigungsort

Vorbereitet für ein Fensterkuvert oder einfach faxen an: **0212 2262-411**

**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
-----	-------

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

**Unterschrift**

Zur internen Verarbeitung	Schoth
Beraternummer	2234878

## 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"/> nicht gesetzlich krankenversichert
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)		<input type="checkbox"/> verwitwet	
<b>Mein Ehegatte ist selbst versichert</b> (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)	/			
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	/			
Name der Krankenkasse, bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde				

### 3. Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer

Rentenversicherungsnummer			
<b>Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.</b>			
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.

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

---

---

---

---

Ort

---

Datum

### **Kündigung meiner Mitgliedschaft, Empfangsvollmacht für die Bestätigung**

Meine Krankenversichertennummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte versenden Sie fristgerecht eine schriftliche Bestätigung dieser Kündigung. Für den Empfang der Kündigungsbestätigung bevollmächtige ich die BERGISCHE Krankenkasse. Bitte senden Sie die Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V direkt an folgende Adresse:

Die BERGISCHE Krankenkasse, Heresbachstr. 29; 42719 Solingen

oder per Fax an 0212 2262 407

Die Vollmacht umfasst sämtliche Tätigkeiten, die mit der Übermittlung und dem Empfang der Kündigungsbestätigung nach § 175 SGB V zusammenhängen können, insbesondere die Anforderung und Erinnerung an die Zusendung.

Ich widerspreche gemäß § 28 Absatz 4 BDSG der Nutzung und Übermittlung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Von eventuellen Rückwerbeversuchen – weder persönlich, postalisch oder telefonisch – bitte ich Abstand zu nehmen und verweise ausdrücklich auf § 7 Absatz 2 Nr. 2 UWG.

Freundliche Grüße

---

Unterschrift