

Bitte zurück an:  
**DIE BERGISCHE KRANKENKASSE**  
 Postfach 19 05 40  
 42705 Solingen

**Teilnahmeerklärung**

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

Ich möchte ab dem 01. \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ am Wahltarif Selbstbehalt teilnehmen.

Meine Tarif-gruppe	Tarif-gruppe	Einkünfte (brutto, jährlich*) von – bis (Nachweise bitte beifügen)	Prämie maximal/Jahr	Selbstbehalt je ambulante Behandlung mit Verordnung	Selbstbehalt je stationärem Krankenhausaufenthalt	Selbstbehalt maximal/Jahr
<input type="checkbox"/>	1	4.740,00 € - 5.759,99 €	<b>75 €</b>	25 €	50 €	80 €
<input type="checkbox"/>	2	5.760,00 € - 7.559,99 €	<b>90 €</b>	30 €	60 €	100 €
<input type="checkbox"/>	3	7.560,00 € - 9.479,99 €	<b>120 €</b>	40 €	80 €	140 €
<input type="checkbox"/>	4	9.480,00 € - 11.339,99 €	<b>150 €</b>	50 €	100 €	180 €
<input type="checkbox"/>	5	11.340,00 € - 18.000,00 €	<b>180 €</b>	60 €	120 €	220 €

\*Bei unterjährigem Beginn gilt für jeden Monat der Teilnahme 1/12 der vorstehenden Einkommensgrenzen.

Meine Steuer-ID lautet: \_\_\_\_\_

Ich möchte die 1. Prämienzahlung  im Voraus erhalten.  im 4. Quartal des Folgejahres erhalten.

Die Prämie soll an folgende Bankverbindung überwiesen werden:

IBAN: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kontoinhabers (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Ich habe die Teilnahmebedingungen zum Wahltarif Selbstbehalt gelesen, stimme diesen zu und möchte daran teilnehmen.

Datum, Unterschrift des Mitglieds

**Steuerrechtlicher Hinweis**

Wir sind nach dem Bürgerentlastungsgesetz verpflichtet, Ihre Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung zu melden. Ausgezählte Prämien gelten aus Sicht des Finanzministeriums als Beitragserstattung und reduzieren diese Aufwendungen. Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Finanzamt. Die BERGISCHE ist zur Meldung gesetzlich verpflichtet. Daher ist die Angabe der Steuer-ID unbedingt notwendig.

**Datenschutz**

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben und 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, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@die-bergische-kk.de](mailto:datenschutz@die-bergische-kk.de).

**Weitere Informationen**

Die Teilnahmebedingungen sind als Anlage beigefügt. Das Nähere bestimmt § 26 der Satzung der BERGISCHEN. Diese finden Sie auf [www.die-bergische-kk.de/satzung](http://www.die-bergische-kk.de/satzung).

**Noch schneller zur Prämie mit der BERGISCHEN App!** Gern können Sie uns Ihre Unterlagen auch einfach und sicher mit der App der BERGISCHEN übermitteln. Sie haben die App noch nicht?  
 Unter [www.die-bergische-kk.de/app](http://www.die-bergische-kk.de/app) ist sie schnell installiert. Noch einfacher geht es mit dem QR-Code.

