

Bitte zurück an:
BERGISCHE KRANKENKASSE
 42715 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 €	75 €	25 €	50 €	80 €
<input type="checkbox"/>	2	5.760,00 € - 7.559,99 €	90 €	30 €	60 €	100 €
<input type="checkbox"/>	3	7.560,00 € - 9.479,99 €	120 €	40 €	80 €	140 €
<input type="checkbox"/>	4	9.480,00 € - 11.339,99 €	150 €	50 €	100 €	180 €
<input type="checkbox"/>	5	11.340,00 € - 18.000,00 €	180 €	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. Ausgezahlte 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.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BERGISCHE Krankenkasse, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Weitere Informationen

Die Teilnahmebedingungen sind als Anlage beigefügt. Das Nähere bestimmt § 26 der Satzung der BERGISCHEN. Diese finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.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.bergische-krankenkasse.de/app ist sie schnell installiert. Noch einfacher geht es mit dem QR-Code.

