

Mitgliedschaftsantrag

Ja, als Student ich möchte ab _____ 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)

Bislang war ich

- privat versichert
 selbst versichert
 familienversichert bei der BERGISCHEN Krankenkasse
 familienversichert bei (Bitte Versicherungsbescheinigung beifügen.)

Name der Krankenkasse

seit

Ich bin immatrikuliert an der (Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Name der Hochschule/Fachhochschule

Fachsemester

Semesterbeginn

Tag der Einschreibung/Rückmeldung

- Neben dem Studium** bin ich selbständig/freiberuflich tätig
 bin ich mehr als geringfügig entlohnt beschäftigt
- Elterneigenschaft** Ich habe Kinder (Bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen.)
 Ich habe keine Kinder
- Beitragszahlung** Ich zahle den Beitrag für das Semester im Voraus
 Ich zahle den Beitrag am 15. des Folgemonats
(Bitte beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.)

Auf die BERGISCHE Krankenkasse wurde ich aufmerksam durch

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

Ich stimme der Datenübermittlung der gezahlten Beiträge an das Finanzamt zu.

Meine Steuer-ID lautet: _____

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 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

Zur internen Verarbeitung

Beraternummer

Telefon 0212 2262-210
Telefax 0212 2262-405
E-Mail 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 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers