



JA, ICH MÖCHTE ZUM **MITGLIED DER NOVITAS BKK WERDEN.**
Beginn-Datum (TT.MM.JJJJ)

Mein Geschlecht ist: weiblich männlich divers unbestimmt

| | | | |
|--|---------------------------|--|--|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <small>Name</small> | | <small>Vorname</small> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <small>Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)</small> | <small>Geburtsort</small> | <small>Familienstand</small> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <small>PLZ</small> | <small>Ort</small> | <small>Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)</small> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <small>Straße, Hausnummer</small> | | <small>Krankenversicherungsnummer (siehe Gesundheitskarte)</small> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <small>Telefonnummer / Mobilnummer</small> | | <small>E-Mail-Adresse</small> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <small>Nationalität</small> | | <input type="text"/> | |

Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse:

Durch das Ankreuzen erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Novitas BKK mich telefonisch oder per E-Mail über meine Telefon- oder Mobilfunknummer bzw. E-Mail-Adresse zu meinen Ansprüchen zu gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung, satzungsgemäße Mehrleistungen, eigene Serviceleistungen sowie zu gesetzlichen Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, oder in Angelegenheiten meines Versicherungsschutzes kontaktiert. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit per Brief, Fax, E-Mail oder Telefon gegenüber der Novitas BKK widerrufen werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Angabe der Daten ist freiwillig. Die Nichtbeantwortung hat für Sie keine nachteiligen Folgen.

Ich habe Kinder Ja Nein Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder

Ich bin Selbstständige/r seit Ja Nein
 Ich habe einen Steuerbescheid. (Wenn nein, bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen.) Ja Nein

Ich habe eine Rente und/oder Versorgungsbezüge beantragt. Ja Nein
 Wenn ja, bitte Antragsdatum angeben

Ich beziehe eine Rente und/oder Versorgungsbezüge. Ja Nein

Ich bin Schüler/in (Wenn ja, bitte Schulbescheinigung beifügen.) Ja Nein

Ich bin Student/in (Wenn ja, Studienbescheinigung beifügen.) Ja Nein
 Ich arbeite neben dem Studium bis 485 Euro monatlich über 485 Euro monatlich
 Anzahl der Wochenarbeitsstunden bis 20 Stunden über 20 Stunden

Ich bin Beamtin/er (Bitte letzte Bezügemitteilung beifügen.) Ja Nein
 Ich habe Anspruch auf Beihilfe. (Wenn ja, bitte Bescheinigung beifügen.) Ja Nein

Ich bin zu versichern als

Ich bin von der Pflegeversicherung befreit worden (Wenn ja, bitte Befreiungsbescheid beifügen.) Ja Nein

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? (Ein Fragebogen wird Ihnen zugeschickt.) Ja Nein

Ich war zuletzt versichert (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <small>vom (TT.MM.JJJJ)</small> | <small>bis (TT.MM.JJJJ)</small> | <small>bei der Krankenkasse</small> |

selbst versichert
 familienversichert über

| | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <small>Name, Vorname</small> | <small>Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)</small> | <small>Krankenversicherungsnummer</small> |

nicht gesetzlich versichert

| | |
|----------------------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <small>seit (TT.MM.JJJJ)</small> | <small>Grund (z.B. privat versichert, Ausland)</small> |

Anlass des Kassenwechsels: Änderung im Versichertenverhältnis (z.B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosengeldbezug etc.)
 Kündigung

Mein Ehegatte ist selbst gesetzlich krankenversichert. Ja Nein
 Wenn ja, bei (freiwillige Angabe)



Angaben zu den Einkommensverhältnissen: Mein Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, von 4.987,50 Euro monatlich (jährlich 59.850 Euro) im Jahr 2023.

Ja Nein

| Art und Höhe der Bruttoeinnahmen (Bitte den letzten Steuerbescheid oder andere geeignete Nachweise beifügen.) | | Meine Einnahmen monatlich (Euro) | Ehegatteneinnahmen monatlich (Euro) <small>(Die Angaben sind notwendig, wenn dieser nicht gesetzlich krankenversichert ist.)</small> |
|--|---|----------------------------------|---|
| Einkünfte aus selbstständiger / freiberuflicher Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Gründerzuschuss | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) / im Jahr | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Sozialplanleistungen (Abfindungen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Rente der gesetzlichen Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| ausländische Rente | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Rente der Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Versorgungsbezüge (Betriebsrenten, Pensionen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Kapitalerträge (Zinseinnahmen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Unterhaltszahlungen des geschiedenen Ehegatten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Sonstige Einkünfte (Bitte näher bezeichnen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Wenn Sie die o.g. Angaben alle mit Nein beantwortet haben, teilen Sie uns bitte mit, wie und durch wen Ihr Lebensunterhalt sichergestellt wird.

Zahlungsweise

SEPA-Lastschriftmandat. Die Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung dürfen von folgendem Konto eingezogen werden:

| | |
|------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kreditinstitut (Name) | BIC (8 oder 11-stellig) |
| <input type="text"/> | |
| IBAN (max. 31-stellig) | |

Die folgenden Felder sind nur auszufüllen, wenn die Kontoinhaberin / der Kontoinhaber nicht die Antragstellerin / der Antragsteller ist!

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name | Vorname |
| <input type="text"/> | |
| Straße, Hausnummer | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PLZ | Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum (TT.MM.JJJJ) | Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers |

Die Beiträge werden überwiesen.

Bestätigung des Antrages

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum und Unterschrift | MA (von der Novitas BKK auszufüllen) | Vermittler-ID |

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der Novitas BKK erforderlich. Mit Beginn Ihrer Mitgliedschaft bei der Novitas BKK genießen Sie automatisch auch den Schutz der Pflegeversicherung. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter novitas-bkk.de/datenschutz.

Stand: BESV 12 | 2022