BEITRITTSERKLÄRUNG DER NOVITAS BKK

FÜR SELBSTZAHLER UND WEITERE PERSONENGRUPPEN.

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

Mein Geschlecht ist: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

Name | Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Geburtsort | Familienstand

PLZ | Ort | Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

Straße, Hausnummer | Krankenversicherungsnr. (siehe Gesundheitskarte)

Telefonnummer / Mobilnummer | E-Mail-Adresse | Nationalität

☐ Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse:

Ja, ich will aktuell und bestmöglich informiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass mich die Novitas BKK per Telefon und E-Mail zu individuellen Leistungsansprüchen und Vorteilen einer Versicherung informiert und zur Qualitäts- und Serviceverbesserung im Rahmen von Kundenbefragungen kontaktiert. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen werden.

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 535 Euro monatlich ☐ über 535 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)

vom (TT.MM.JJJJ) | bis (TT.MM.JJJJ) | bei der Krankenkasse

☐ selbst versichert
☐ familienversichert über

Name, Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | Krankenversicherungsnummer

☐ nicht gesetzlich versichert

seit (TT.MM.JJJJ) | Grund (z.B. privat versichert, Ausland)

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)

NOVITAS BKK

MGSV201503

Angaben zu den Einkommensverhältnissen: Mein Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, von 5.512,50 Euro monatlich (jährlich 66.150 Euro) im Jahr 2025. ☐ Ja ☐ Nein

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

Kreditinstitut (Name) BIC (8 oder 11-stellig)

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:

Name Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Datum (TT.MM.JJJJ) Ort Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers

☐ Die Beiträge werden überwiesen.

Bestätigung des Antrages

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben

Ort, Datum und Unterschrift MA (von der Novitas BKK auszufüllen) Vermittler-ID

Datenschutzhinweis: Die Angaben werden nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 SGB XI zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Novitas BKK erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter www.novitas-bkk.de/datenschutz.

Stand: BESV 12|2024

MGSV201503

NOVITAS BKK