

Ja, ich möchte zum

**Mitglied der novitas bkk werden.**

**Angaben zur Person**

Mein Geschlecht ist:  weiblich  männlich  divers  unbestimmt

Name	Vorname
------	---------

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geburtsort

Familienstand

PLZ

Ort

Rentenversicherungsnummer (falls zur Hand)

Straße, Hausnummer

Telefonnummer / Mobilnummer

Krankenversicherungsnr. (siehe Gesundheitskarte)

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

Wenn ja, Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder

--	--	--

**Ich bin Selbstständige/r**

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann

Ich habe einen Steuerbescheid

Ja

Nein

(Wenn nein, bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen.)

**Ich habe eine Rente und/oder Versorgungsbezüge beantragt**

Ja

Nein

Wenn ja, Antragsdatum

--	--	--	--

**Ich beziehe eine Rente und/oder Versorgungsbezüge**

Ja

Nein

**Ich bin Schüler/in**

Ja

Nein

(Wenn ja, bitte Schulbescheinigung beifügen.)

**Ich bin Student/in**

Ja

Nein

(Wenn ja, bitte Studienbescheinigung beifügen.)

Ich arbeite neben dem Studium

bis 565 Euro monatlich

über 565 Euro monatlich

Anzahl der Wochenarbeitsstunden

bis 20 Stunden

über 20 Stunden

**Ich bin Beamtin/er**

Ja

Nein

(Bitte letzte Bezügemitteilung beifügen.)

Ich habe Anspruch auf Beihilfe

Ja

Nein

(Wenn ja, bitte Bescheinigung beifügen.)

**Ich bin zu versichern als**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Ich bin von der Pflegeversicherung befreit worden**

Ja

Nein

(Wenn ja, bitte Befreiungsbescheid beifügen.)

**Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?**

Ja

Nein

(Ein Fragebogen wird Ihnen zugeschickt.)

**Ich war zuletzt versichert** (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)

vom (TT.MM.JJJJ)

bis (TT.MM.JJJJ)

Name der Krankenkasse

selbst versichert

familienversichert über

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Krankenversicherungsnr. (siehe Gesundheitskarte)

nicht gesetzlich versichert

seit (TT.MM.JJJJ)

Grund (z.B. privat versichert, Ausland – bitte Name des Landes angeben)

Anlass des Kassenwechsels:

- Änderung im Versicherterverhältnis (z.B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosengeldbezug etc.)
- Kündigung

**Mein Ehegatte ist selbst gesetzlich krankenversichert**

Ja

Nein

Wenn ja, bei welcher Krankenkasse? (freiwillige Angabe)

**Angaben zu den Einkommensverhältnissen:** Mein Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, von 5.812,50 Euro monatlich (jährlich 69.750 Euro) im Jahr 2026.

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	<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:

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
Ort, Datum und 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](http://www.novitas-bkk.de/datenschutz). Stand: BESV 12/2025