

BKK24
Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

Sie haben Fragen zur Beitrittserklärung? Wir helfen Ihnen gerne weiter. Rufen Sie uns einfach an!



BKK24
Sülbecker Brand 1
31683 Obernkirchen



Telefon 05724 971-0
Telefax 05724 971-4000



info@bkk24.de

IN WENIGEN SCHRITTEN ZUR BKK24 WECHSELN!

WIE FUNKTIONIERT DER BEITRITT?

Der Krankenkassenwechsel ist ganz einfach. Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Beitrittserklärung zu. Wir kümmern uns um alles Weitere. **Eine Kündigung bei Ihrer bisherigen Krankenkasse ist seit dem 01.01.2021 nicht mehr erforderlich.** Sie entscheiden sich lediglich für die BKK24 als neue Krankenkasse. Somit ist ein Wechsel zum Ende des übernächsten Monats möglich.

Unter Umständen ist auch ein sofortiger Wechsel möglich: z. B. mit Beginn eines neuen Beschäftigungsverhältnisses, Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, nach dem Ende einer Familienversicherung, bei Rentenbeginn oder Arbeitslosigkeit.

WOZU BRAUCHEN WIR IHRE STEUER-IDENTIFIKATIONSNUMMER (STEUERID)?

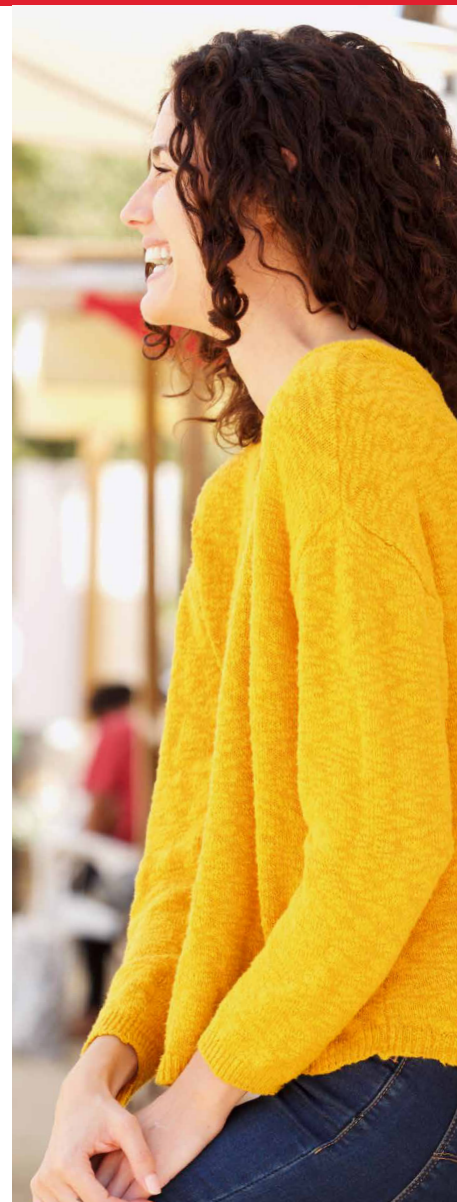
Durch die Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes können die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung seit dem 01.01.2010 steuerlich stärker berücksichtigt werden. Sie als Steuerzahler können davon profitieren, wenn die Datenübermittlung an das Finanzamt elektronisch erfolgt. Es entsteht kein zusätzlicher Aufwand für Sie. Die SteuerID ist außerdem nötig für die Übermittlung bestimmter Geldleistungen, wie zum Beispiel aus dem Bonusprogramm.

WEITERE ANGABEN FÜR BESTIMMTE PERSONENKREISE:

Für freiwillige Mitglieder, die Ihre Beiträge selbst zahlen, benötigen wir weitere Informationen. Hierfür erhalten Sie einen separaten Fragebogen. Die Angaben zu Ihren Einkünften sind erforderlich, um Ihre Beiträge korrekt berechnen zu können.

RÜCKKEHR ODER ZUZUG AUS DEM AUSLAND:

Sollten Sie nach einem Auslandsaufenthalt zurückgekehrt sein oder sich erstmalig in Deutschland versichern, sind häufig weitere Informationen erforderlich. Wir kommen auf Sie zu, wenn wir ergänzende Angaben benötigen. Sollten Sie Nachweise über Ihren Versicherungsschutz im Ausland vorliegen haben, reichen Sie diese gerne in Kopie mit ein.



Ich möchte Mitglied der BKK24 werden <input type="checkbox"/> zum nächstmöglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> zum <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
Anlass Krankenkassenwechsel <input type="checkbox"/> sofortiger Wechsel <input type="checkbox"/> Wahl der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Erhöhung Zusatzbeitrag bish. Krankenkasse																	
Persönliche Angaben <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers																	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden																	
Name																	
Vorname																	
Straße/Nummer																	
PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/> Ort <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Nationalität <input style="width: 100px;" type="text"/> Telefon* <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
E-Mail* <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Steuer-Identifikationsnummer <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Rentenversicherungsnummer/Sozialversicherungsnummer																	
12-stellige Nummer <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Geburtsdatum <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> <input style="width: 100px;" type="text"/>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
Geburtsort <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsland <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Mein Status/meine Tätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> arbeitslos (ALG I/II) <input type="checkbox"/> Rentner/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Elterngeld/Elternzeit <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte/r <input type="checkbox"/> Saisonarbeiter/in <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> andere/r Tätigkeit/Status <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Beziehen Sie eine Rente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Rentenbescheid bei.) Erhalten Sie Versorgungsbezüge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls ja, fügen Sie bitte den letzten Bescheid der Versorgungsstelle bei.)																	
Arbeitgeber/Agentur für Arbeit/Jobcenter																	
Name <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Straße/Nr. <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/> Ort <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Telefon <input style="width: 100px;" type="text"/> Betriebsnummer <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Beginn Beschäftigung/Leistungsbezug <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> <input style="width: 100px;" type="text"/>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
Angaben zur bisherigen Krankenversicherung																	
Zuletzt versichert vom <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> bei der <input style="width: 100px;" type="text"/>		T	T	M	M	J	J	J	J	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J										
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> mein Entgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze																	
<input type="checkbox"/> familienversichert über Name, Vorname <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Geburtsdatum <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Versichertennummer <input style="width: 100px;" type="text"/>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich versichert seit <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Grund <input style="width: 100px;" type="text"/>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										
<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland vor Versicherungsbeginn Land <input style="width: 100px;" type="text"/>																	
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																	
Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Änderungen werde ich der BKK24 unverzüglich mitteilen.																	
Datum <table style="display: inline-table; border: 1px solid gray; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Unterschrift <input style="width: 100px;" type="text"/>		T	T	M	M	J	J	J	J								
T	T	M	M	J	J	J	J										

ANGABEN ZUR FESTSTELLUNG DER FAMILIENVERSICHERUNG

Beginn der Familienversicherung

1. Allgemeine Angaben des Mitglieds

Vorname, Name:

KV-Nr.:

Ich war bisher

- im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft/Familienversicherung versichert bei
 nicht gesetzlich krankenversichert

Name der Krankenkasse

→

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft Geburt des Kindes Heirat (bitte Datum eintragen)
- Beendigung der Mitgliedschaft des Angehörigen Sonstiges

Familienstand

- A** ledig getrennt lebend verheiratet eingetragene Lebenspartnerschaft seit (Angaben bitte unter der Rubrik „Ehegatte“)
- B** rechtskräftig geschieden seit verwitwet seit

Versicherung des Ehegatten

- C** Mein Ehegatte ist selbst versichert und zwar gesetzlich bei
 nicht gesetzlich bei
 Familienversichert bei der BKK24

Ihre Kontaktdaten

- D** E-Mail
- Telefonnummer (tagsüber)

2. Angaben zu den Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
E Krankenversicherten-Nr.				
F Name				
G Vorname				
H Geburtsdatum				
I Geschlecht m = männlich, w = weiblich d = divers, x = unbestimmt	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> x
J Vom Mitglied abweichende Anschrift	Straße _____ PLZ _____ Ort _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____	Straße _____ PLZ _____ Ort _____
K Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
L Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?	XXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Vorname, Name:

KV-Nr.:

		Ehegatte	Kind	Kind	Kind
M	Schulbesuch/Studium	XXXXXXXXXXXX	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ
N	Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstbescheinigung beifügen)	XXXXXXXXXXXX	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ	von MMJJJJ bis MMJJJJ
Berufliche Situation		Ehegatte	Kind	Kind	Kind
O	Geringfügige Beschäftigung (Mini-Job)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ
P	Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ
Q	ALG II-Bezug	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
R	Selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gewinn: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ
S	Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrecht (z. B. gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Art _____ brutto monatlich: [][][][][] ,00 € seit MMJJJJ
Krankenversicherung					
T	Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: Die bisherige Versicherung endet am: und bestand bei:	_____ MMJJJJ _____	_____ MMJJJJ _____	_____ MMJJJJ _____	_____ MMJJJJ _____
U	Art der bisherigen Versicherung * Vor- und Nachname der Person, über dessen Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde.	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung* <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich Name _____ Vorname _____
V	Rentenversicherung-Nr.				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.					
	Geburtsname				
	Geburtsort/Geburtsland				
	Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über künftige Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. g. Familienangehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid, Aufnahme einer Beschäftigung) oder einer dieser Angehörigen Mitglied einer (anderen) Krankenkasse wird. Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Angabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben. Bei getrennt lebenden Familienangehörigen kann die Unterschrift wahlweise vom Mitglied oder von diesen Familienangehörigen abgegeben werden. Kinder sind erst ab dem 15. Lebensjahr zur Unterschrift berechtigt.

TTMMJJJJ

Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679):
Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der Versicherungsverhältnisse (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

AUSFÜLLHILFE ZUM FRAGEBOGEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG

Im Folgenden finden Sie Informationen und Erläuterungen zum Ausfüllen des Fragebogens.

A	Auch bei getrennt lebenden Ehegatten sind die Angaben zum Partner unter der Rubrik „Ehegatte“ erforderlich. Bei einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nach § 1 LpartG nehmen Sie bitte die Angaben zum Lebenspartner unter der Rubrik „Ehegatte“ vor.
B	Sind Sie geschieden, tragen Sie bitte den Tag der Scheidung (Rechtskraftvermerk laut Scheidungsurteil) ein. Sind Sie verwitwet, tragen Sie bitte hier den Todestag des Ehegatten ein. Bitte ergänzen Sie bis zu diesem Datum die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“.
C	Ist Ihr Ehegatte nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse oder privat versichert, benötigen wir von Ihrem Ehegatten folgende Einkommensnachweise: a) selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit: Kopie des aktuellsten Einkommensteuerbescheids. b) Beschäftigung als Arbeitnehmer oder Beamter: Kopie der Gehalts- bzw. Bezügeabrechnung für Dezember des jeweiligen Prüfjahres, Lohnsteuerbescheinigung oder den aktuellsten Einkommensteuerbescheid. Für Ihre Kinder ist die kostenlose Familienversicherung grundsätzlich möglich, wenn die Einnahmen Ihres Ehegatten unter der aktuellen Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen oder Sie als Mitglied im Monat mehr Einnahmen erzielen als Ihr Ehegatte. Jahresarbeitsentgeltgrenze 2021: 64.350,00 Euro, monatlich 5.362,50 €
D	Die Angaben der Telefonnummer bzw. der E-Mail-Adresse sind freiwillig. Sie ermöglichen uns damit, wichtige Fragen direkt und unbürokratisch mit Ihnen zu klären.
F	Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen tragen und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.
J	Ein Angehöriger lebt nicht in Ihrem Haushalt oder im Ausland? Dann geben Sie uns bitte den jeweiligen Wohnort an.
K	Bitte geben Sie hier bei nicht leiblichen Kindern das Verwandtschaftsverhältnis an, in dem das Kind zu Ihnen steht (z. B. Enkel-, Stief-, Pflegekind).
M	Bei Kindern ab 23 Jahren , die sich in der Schulausbildung befinden oder ein Studium ausüben, fügen Sie bitte eine Kopie der Schul- oder Studienbescheinigung bei.
N	Fügen Sie bitte einen Nachweis bei, wenn Ihr Kind Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst geleistet hat.
O	Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Bruttoarbeitsentgelt nicht mehr als 450,00 Euro beträgt. Sollte einer Ihrer Angehörigen eine geringfügige Beschäftigung ausüben, so tragen Sie hier bitte das Bruttoarbeitsentgelt sowie den Zeitraum ein. Werden mehrere geringfügige Beschäftigungen ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Übersenden Sie uns bitte zusätzlich die aktuellen Gehaltsabrechnungen in Kopie.
P	Einer Ihrer Angehörigen übt ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis aus? Dann tragen Sie hier bitte das Bruttoarbeitsentgelt sowie den Zeitraum ein. Werden mehrere versicherungspflichtige Beschäftigungen ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor.
Q	Bezieht Ihr Angehöriger Arbeitslosengeld II? Dann teilen Sie uns dies im Fragebogen mit und fügen Sie eine Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides vom Jobcenter ein.
R	Einer Ihrer Angehörigen übt eine selbstständige Tätigkeit aus? Dann tragen Sie hier bitte die Summe des Gewinns sowie den Zeitraum ein und fügen eine Kopie des aktuellsten vorliegenden Einkommensteuerbescheids bei. Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Ihre Angehörigen können jeden Monat insgesamt 470,00 Euro (2021) erzielen.
S	Bezieht einer Ihrer Angehörigen sonstige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Rente, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), tragen Sie hier bitte das Bruttoeinkommen sowie die Art des Einkommens ein und fügen den aktuellsten vorliegenden Einkommensteuerbescheid in Kopie bei. Bei Renten und Versorgungsbezügen (Betriebsrenten) ist der Zahlbetrag anzugeben und eine Kopie des aktuellsten Bescheids beizufügen. Werden mehrere der genannten Einkünfte bezogen, so nehmen Sie die Angaben bitte auf der Rückseite des Fragebogens vor. Ihre Angehörigen können jeden Monat insgesamt 470,00 Euro (2021) erzielen.

Cordt Würdemann
Gerolsteiner Straße 11a
14197 Berlin**Gerne erhalte ich eine Neumitglied-Prämie!**

Hiermit bestätige ich die Versendung meines Antrags an die gesetzliche Krankenkasse BKK24. Für den Antrag habe ich das dafür vorgesehene Formular verwendet (siehe vorhergehende Seiten). Ich erhalte die Prämie einmalig, sobald die Krankenkasse mich als Versicherten neu aufgenommen und Herrn Cordt Würdemann als Vermittler bestätigt hat. Falls ich mich für die Spende entscheide, spendet Herr Würdemann die Prämie einmalig für mich.

- Ich akzeptiere die Datenschutzbedingungen und die Speicherung meiner Daten zum Abgleich mit der Krankenkasse, zur Prämienübermittlung und bei gewünschter Kontaktaufnahme.

Ich wähle:

- 25 Euro in bar** (der Betrag wird auf mein Konto überwiesen) oder
- 25 Euro Spende** an die Aktionsgemeinschaft Artenschutz (AGA) e.V. mit dem Zweck der Sicherung des Lebensraumes von:
 Meeresschildkröten oder Elefanten oder Geparden
- Ich möchte eine Urkunde von der AGA als Nachweis der Spende per Email erhalten. Ich stimme der Weitergabe meiner Daten (Vorname, Nachname, Adresse und Email) an die AGA zu.

- Ich wünsche die Kontaktaufnahme durch Cordt Würdemann, um mich unverbindlich zu anderen nachhaltigen Finanzthemen wie z.B. Geldanlagen, Versicherungen oder Altersvorsorge beraten zu lassen.

Meine Kontaktdaten:

Vorname

Nachname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Emailadresse (optional)

Telefon (optional)

NUR bei gewünschter Überweisung:

IBAN

BIC

Kreditinstitut
