

Antrag auf Freiwillige Versicherung

ab

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich. Die gesetzlichen Grundlagen bilden die §§ 284 und 206 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch – sowie die §§ 94 und 50 SGB – Elftes Buch – in Verbindung mit § 21 SGB – Zehntes Buch –.

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer		Familienstand	
PLZ, Ort	Meine Daten sollen an das Finanzamt übermittelt werden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Telefon	Steuer-ID Nr. _____		
Versicherungsnummer der Rentenversicherung	E-Mail		
Krankenversicherungsnummer			

Ich möchte mich bei der Vereinigten BKK versichern

Art der selbständigen Tätigkeit

als Selbständige _____ als _____

als Beamtin/ Beamter als Schülerin/ Schüler nicht erwerbstätig

als Rentner/in als Sozialhilfebezieher/in als Arbeitnehmer/in

als schwerbehinderter Mensch im Sinne des SGB IX

wegen Ende der Familienversicherung bei Mutter Vater Ehegatte _____ Geburtsdatum

Name, Vorname der/des Hauptversicherten _____ Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Anspruch auf gesetzliches Krankengeld gewünscht: nein ja, ab Beginn der 7. Woche

Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft selbst Mitglied

der Vereinigten BKK nein ja einer anderen gesetzlichen Krankenkasse nein ja
(falls ja, bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

nur bei Ausscheiden aus Versicherungspflicht oder Familienversicherung:

Ich war in den letzten 5 Jahren vor dieser beantragten Mitgliedschaft versichert (bitte Nachweis beifügen)

als Mitglied Familienversichert über _____ Name, Vorname _____

vom _____ bis _____ Name und Anschrift der Krankenkasse _____

Ich beziehe Rente nein ja Ich habe einen Rentenanspruch gestellt nein ja
Ich habe einen Antrag auf Leistungen nach einem Versorgungsgesetz gestellt nein ja
Ich beziehe Leistungen nach einem Versorgungsgesetz nein ja

Ich habe Angehörige, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und bei der Vereinigten BKK familienversichert werden sollen nein ja

Einkommensverhältnisse				
<input type="checkbox"/> Ich habe keine eigenen Einnahmen. Bitte tragen Sie ein wodurch Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten (Sachbezüge durch den Ehegatten, die Eltern, Angehörigen, o.ä), sowie bei der Frage nach den sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt.				
<input type="checkbox"/> Mein jährliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2011: 3.712,50 € monatlich). Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. Weitere Angaben entfallen.				
Angaben zum Einkommensverhältnis Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ Name der Krankenkasse				
<input type="checkbox"/> Ich habe Kinder (bitte Nachweis einreichen z.B. Kopie der Geburtsurkunde des Kindes)				
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder				
Art und Höhe der Bruttoeinnahmen	des Versicherten		des Ehegatten	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (Bitte letzten Steuerbescheid in Kopie beifügen)	/		/	
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn oder -gehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. a.)		/		/
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u. a.)	/		/	
Renten aus der Sozialversicherung		/		/
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen u. a., auch Einmalzahlungen)		/		/
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Bitte letzten Steuerbescheid in Kopie beifügen)	/		/	
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z.B.: Unterhalt, BAföG) bitte Art und Höhe angeben		/		/
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe oder Mietzuschüsse)		/		/

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit. Zukünftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen und geeignete Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass es bei unterlassener oder verspäteter Anzeige von Einkommensänderungen zu Beitragsnachberechnungen (auch für die Vergangenheit) kommen kann. Die Hinweise auf der nachfolgenden Seite habe ich gelesen.

Die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung sollen von folgendem Konto abgebucht werden:

Bankleitzahl: _____ Name der Bank: _____

Kontonummer _____ Kontoinhaber: _____

Unterschrift des Kontoinhabers

Die Beiträge werden monatlich zum Fälligkeitstermin von mir überwiesen.

Datum, Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz:

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und auf Datenträger gespeichert.