

Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Persönliche Angaben			
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Geburtsname	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer _____	<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft
Geburtsort	Telefonnummer ¹	E-Mail-Adresse ¹	
Anschrift			

1 - Die Erhebung der Daten beruht auf §§9, 10, 206 SGB V/§ 50 SGB XI. Die Angabe zur Telefonnummer ist freiwillig.

Grund der freiwilligen Versicherung	
<input type="checkbox"/> selbstständig als: _____ ab: _____	Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____ Anzahl der versicherungspflichtig Beschäftigten: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer als: _____ ab: _____	Arbeitgeber: _____
<input type="checkbox"/> Beamter	Dienstbezeichnung: _____ Dienstherr: _____
<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Pensionär, Altenteiler
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger	Sozialamt: _____
<input type="checkbox"/> arbeitslos	
<input type="checkbox"/> Kind	
<input type="checkbox"/> Schüler/ Student	ab: _____ voraussichtlich bis: _____
<input type="checkbox"/> Meisterschüler	ab: _____ voraussichtlich bis: _____
<input type="checkbox"/> Ehegatte/ Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei: _____	
<input type="checkbox"/> Ehegatte/ Lebenspartner ist privat versichert bei: _____	Monatliche Einkünfte brutto: _____ Euro, bitte Nachweis beifügen Jährliche Einkünfte brutto: _____ Euro, bitte Nachweis beifügen Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: _____
<input type="checkbox"/> geschieden, Scheidung ist rechtskräftig ab: _____	bisher familienversichert durch: _____
<input type="checkbox"/> Anwartschaftsversicherung bei berufl. Auslandsaufenthalt (ohne zu versichernde Angehörige)	

Einkommensverhältnisse (Angaben in Euro)

Meine Einkünfte betragen mehr als 4.837,50 Euro monatlich und eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht.

Ja Nein (Wenn ja, brauchen die nachstehenden Fragen nicht beantwortet zu werden.)

Art und Höhe der Bruttoeinnahme	des Versicherten		des Ehegatten	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei)				
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei)				
Lohn/ Gehalt aus nicht selbstständiger Arbeit , voraussichtliche Bruttoeinkünfte inkl. Einmalzahlungen z.B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld im Jahr 2022 (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen , vermindert, um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei)				
Auslandsrente (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				
Renten z.B. Alters-, Hinterbliebenen und Unfallrente (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)				
Bruttoversorgungsbezüge z.B. Pensionen und Betriebsrenten (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)				
Sozialhilfe (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)				
Abfindung (bitte fügen Sie den Vertrag bei)				
Sonstige Einkünfte (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				

Ich erhalte einen Gründungszuschuss nach § 93 Abs. 1 SGB III (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)

Ich verfüge nicht über eigene Einkünfte. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____

Als Existenzgründer ist mir ein Nachweis der beitragspflichtigen Einkünfte zurzeit nicht möglich. Ich erkläre, für das Jahr _____ Einkünfte von mtl. _____ Euro zu erwarten. (bitte fügen Sie die Gewerbeanmeldung bei)

Allgemeine Angaben			
Versicherungsverhältnis - Vorversicherung			
von	bis	Krankenkasse	Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
von	bis	Krankenkasse	Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Krankengeldanspruch			
Ich interessiere mich für einen Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit für hauptberuflich Selbstständige.			
<input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir weitere Unterlagen zu. <input type="checkbox"/> Nein			
Beitragszahlung			
<input type="checkbox"/> Die fälligen Beiträge sollen vom Konto abgebucht werden.			
IBAN: DE _____		BIC: _____	
Bank: _____		Kontoinhaber: _____	
<input type="checkbox"/> Die Beiträge werden von Dritten (z.B. Arbeitgeber) überwiesen: _____			
Die Beiträge werden vom Sozialamt _____ überwiesen.			
Beginn der Versicherung			
Ich beantrage die Versicherung zum _____.			
(Bitte beachten Sie, dass die freiwillige Versicherung grundsätzlich mit dem Tag nach dem Ende der bisherigen Versicherung/ Mitgliedschaft beginnt)			
Pflegeversicherung			
Kinderlose zahlen vom 01.01.2005 an in der Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,35 %. Ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie alle Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden. Dieser Beitragszuschlag ist von Ihnen allerdings dann nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen wird. Ein Nachweis ist nicht erforderlich, wenn ein Kind während der Zeit von 1994 bis jetzt mindestens 1 Tag kostenlos über Sie bei der bkk melitta hmr versichert war. Ansonsten reicht ein kopierter Nachweis (z.B. Geburts- oder Adoptionsurkunde, Vaterschaftsanerkennung etc.) aus.			
<input type="checkbox"/> Das 23. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet, bzw. ich bin vor dem 01.01.1940 geboren		<input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei	
<input type="checkbox"/> Mein Kind war von 1994 bis jetzt mindestens 1 Tag bei der bkk melitta hmr familienversichert		<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder	
Familienangehörige			
Ich möchte meinen Ehegatten/ meine Kinder familienversichern:			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.			

Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die **bkk melitta hmr** meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich zu einer Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese freiwillige Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

Ja, ich bin damit einverstanden Nein, ich bin damit nicht einverstanden

Unterschrift (bei Zustimmung)

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung:

Die **bkk melitta hmr** ist dazu verpflichtet Ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erfolgte Beitragserstattung oder ausgeschüttete Prämien der Finanzverwaltung zu melden, damit die Beiträge steuerlich berücksichtigt werden können. Bitte teilen Sie uns deshalb Ihre Steuer-Identifikationsnummer mit.

Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet: _____

Erklärung

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse sowie meiner persönlichen Verhältnisse werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnung führen.

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die beigefügten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der bkk-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der bkk-Pflegeversicherung.

Ort, Datum

Unterschrift