

Ich möchte zum

Mitglied der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN (BKK WF) werden und beantrage die freiwillige Kranken- und soziale Pflegeversicherung.



PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Titel		Geburtsname	
Vorname	Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße/Hausnummer	Geburtsdatum/Geburtsort			
Adresszusatz	Staatsangehörigkeit			
PLZ/Ort	Familienstand			
Krankenversicherungsnummer	Telefonnummer (tagsüber) *			
Renten-/Sozialversicherungsnummer	Handynummer *			
Steuer-Identifikationsnummer	E-Mail-Adresse *			
Beschäftigung oder Tätigkeit während der freiwilligen Versicherung				
Wöchentliche Arbeitszeit		<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist gesetzlich krankenversichert bei <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte ist privat krankenversichert		
Erlaubnis zur Weiterleitung der gezahlten Beiträge an die Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Angaben zum Einkommen Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist!		

EINKOMMENSVERHÄLTNISS FÜR DIE ZEIT AB BEGINN DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG

Meine Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze 2017: 52.200,00 € jährlich bzw. 4.350,00 € monatlich, eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge beziehe ich nicht (weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind damit **nicht** mehr erforderlich). Ansonsten bitte folgende Angaben machen und **unbedingt Einkommensnachweise** beifügen.

ART UND HÖHE DER BRUTTOEINNAHMEN

	Mitglied		Ehegatte	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit <input type="checkbox"/> Laut letztem Einkommenssteuerbescheid (ESTB) <input type="checkbox"/> Mir liegt noch kein ESTB vor, da ich Existenzgründer bin, die Angaben sind daher geschätzt				
Gründungszuschuss nach § 57 SGB III <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte Bescheid der Agentur für Arbeit beifügen)				
Lohn/Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen u.a.)				
Einmalzahlungen von Arbeitsentgelt (z.B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld)				
Abfindungen aus beendeten Beschäftigungsverhältnissen letztes Brutto-Gehalt _____ € Betriebszugehörigkeit _____ Jahre				
Deutsche und ausländische Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss)				
Rentenähnliche Einnahmen (Vorsorgebezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Kapitalleistungen u.a.)				
Einmalzahlungen von rentenähnlichen Einnahmen (Weihnachtsgeld u.a.)				
Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung				
Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt Einkommensart _____				
<input type="checkbox"/> Meine Einnahmen liegen unter 991,67 € mtl. (2017), mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____				

DIE FREIWILLIGE VERSICHERUNG WIRD AUF NACHSTEHENDER VERSICHERUNGSGRUNDLAGE (sh. 1 - 7) BEANTRAGT. Bitte zutreffendes (Punkt 1 - 7) ankreuzen und ausfüllen.

1 als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden am _____ Grund _____
 Bisher pflichtversichert als (z.B. Angestellter, Student, Arbeitsloser, Rentner, usw.) _____

2 Erlöschen der Familienversicherung am _____ Grund _____
 Name, Vorname, Geburtstag des Mitglieds, Name der Krankenkasse bei der bisher die Familienversicherung durchgeführt wurde _____
 Dem Erlöschen steht gleich, wenn für ein Kind die Familienversicherung deshalb nicht besteht, weil der mit ihm verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht gesetzlich versichert ist und dessen Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 4.800,00 € (2017) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist. Für Ehepartner die am 31.12.2002 privat krankenversichert waren, gilt ein Wert von 4.350,00 € monatlich.

3 Schwerbehinderter* (Voraussetzung ist, dass der Schwerbehinderte, dessen Elternteil oder dessen Ehegatte in den letzten 5 Jahren mindestens 3 Jahre versichert war)

Grad der Behinderung _____ v.H. seit _____ Tag des Feststellungsbescheids _____
 Nachweis (bitte vorlegen) _____ anerkannt durch _____

Vorversicherungszeit (VVZ):
 Die längste Vorversicherungszeit innerhalb der letzten 5 Jahre kann die unten ausgewählte Person nachweisen
 Antragsteller dessen Vater dessen Mutter dessen Ehegatte dessen eingetragener Lebenspartner

Name, Vorname _____ Geburtstag _____
 Krankenkasse, Ort _____ vom _____ bis _____

*Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft anzuzeigen.
Bitte ausfüllen, wenn die Vorversicherungszeit nicht erfüllt werden kann
 Wegen meiner Behinderung konnte ich die VVZ aus folgenden Gründen nicht erfüllen _____

Füllt die Kasse aus Rahmenfrist

vom	bis	
Tage	Monate	Jahre

VVZ erfüllt: ja nein

4 Rückkehr von einer Auslandsbeschäftigung, Beschäftigungsaufnahme in Deutschland innerhalb von 2 Monaten am _____

Name des deutschen Arbeitgebers _____
 Straße, PLZ und Ort _____
 Ansprechpartner Personalabteilung _____

Meine vorherige Mitgliedschaft endete wegen Beschäftigung im Ausland. Vor der Auslandsbeschäftigung war ich versichert bei _____
 Name der Krankenkasse _____ Mitglied bis _____

5 Erstmalige Beschäftigungsaufnahme in Deutschland ab _____

Name des Arbeitgebers _____
 Straße, PLZ und Ort _____
 Ansprechpartner Personalabteilung _____

6 Kassenwechsler, ich war bereits freiwilliges Mitglied
 versichert bei (Name der Krankenkasse): _____
 versichert von _____ bis _____
 _____ Kündigungsbestätigung der Vorkasse ist beigefügt wird nachgereicht

Arbeitgeber (wenn vorhanden) _____
 Straße, PLZ und Ort _____
 Ansprechpartner Personalabteilung _____

7 Beim erstmaligen Beginn einer Beschäftigung nach dem Studium besteht Krankenversicherungsfreiheit

Vorversicherungszeiten der letzten 5 Jahre (bitte unbedingt ausfüllen bei Versicherungsgrund Nr. 1 oder 2)

Die freiwillige Krankenversicherung nach Nr. 1 und 2 ist nur dann möglich, wenn man in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen 12 Monate gesetzlich krankenversichert war. Zeiten der Familienversicherung gelten ebenfalls als Versicherungszeit. Versicherungszeiten aufgrund einer Rentenantragstellung bleiben unberücksichtigt. Für Kinder reicht die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil.

Art der Versicherung: M = eigenes Mitglied, F = Familienversicherung

Art	vom	M: Arbeitgeber angeben F: Name und Geburtstag des Mitglieds	Versichert bei (Name der Krankenkasse)	Füllt die Kasse aus Tage Monate

Prüfvermerk der Krankenkasse: Vorversicherungszeit erfüllt ja nein 3-Monatsfrist eingehalten ja nein HZ Sachbearbeiter _____

ANGABEN ZUM ANSPRUCH AUF KRANKENGELD BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ich bin hauptberuflich Beschäftigte/r

Ich habe Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit
(in der Regel 6 Wochen)

nein ja für Wochen/Monate

Ich bin hauptberuflich Selbstständige/r und wähle eine
Versicherung:

ohne Krankengeldanspruch

mit Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab der 7. Woche
der Arbeitsunfähigkeit (gültig ab 01.09.2009)

im Rahmen des **Wahltarifes** Krankengeld, bitte schicken
Sie mir hierzu Informationen zu.

Mein Arbeitseinkommen fällt bei Arbeitsunfähigkeit aus

ganz

gar nicht

teilweise, und zwar in Höhe von %

ZAHLWEG DER BEITRÄGE

Überweisung/Dauerauftrag

Lastschriftverfahren (-> Bitte anliegendes SEPA-Lastschriftmandat auf Seite 4 ausfüllen!)

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden nicht von mir, sondern von meinem Arbeitgeber überwiesen.

SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Zusatzangabe zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder

nein

ja, Nachweis ist beigelegt

ja, Nachweis liegt Ihnen bereits vor

Diese Anmeldung gilt gleichzeitig als Meldung zur Pflegeversicherung nach § 26 Abs. 1 SGB XI. Mit dem Beginn der freiwilligen Krankenversicherung tritt gleichzeitig die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ein. Angehörige sind ohne Antrag beitragsfrei mitversichert. Der Beitrag beträgt 2,55 % der beitragspflichtigen Einnahmen für Eltern bzw. 2,8 % für Kinderlose, es gilt die Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag. Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen.

ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAG


Wir bitten Sie Ihre Eintragungen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt durch geeignete Einkommensnachweise in Kopie zu belegen, wie z.B. Entgeltabrechnungen, Rentenbescheide, Mitteilungen über Versorgungs- oder Dienstbezüge, der letzte Einkommensteuerbescheid usw.. Zu den beitragspflichtigen Einnahmen zum Lebensunterhalt freiwilliger Mitglieder gehören z.B. die Einkünfte aus einer selbstständigen Arbeit, aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen (Zinsen). Bitte beachten Sie unbedingt, dass der Beitritt gegenüber unserer Kasse innerhalb von 3 Monaten nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bzw. innerhalb der Kündigungsfrist anzuzeigen ist.

UNTERSCHRIFT

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet habe und künftige Änderungen (z.B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich anzeigen werde. Mir ist bekannt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse ruhen, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge nicht entrichtet werden. Die Mitgliedschaft endet durch eine Austrittserklärung mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt; die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen. Mit dem Ende der freiwilligen Krankenversicherung endet gleichzeitig die soziale Pflegeversicherung.

Hinweis nach dem Datenschutzgesetz: Rechtsgrundlage für die Ermittlung der Daten sind die §§ 28 o. SGB IV, 9, 10, 206, 238 a, 239, 240, 248, 289 SGB V, §§ 20 Abs. 3, 50 SGB XI.

 Ort/Datum



 Unterschrift

HINWEIS:

Die Unterschrift hier gilt für den Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft. Das SEPA-Lastschriftmandat zum Beitragseinzug muss auf Seite 4 zusätzlich unterschrieben werden.

 Bei Minderjährigen: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ich wurde geworben von: _____

