

Ich möchte zum

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



## PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Titel		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Vorname	Geburtsname			
Straße/Hausnummer	Geburtsdatum/Geburtsort			
Adresszusatz	Staatsangehörigkeit			
PLZ/Ort	Familienstand			
Krankenversicherungsnummer	Festnetzrufnummer (tagsüber) *			
Renten-/Sozialversicherungsnummer	Mobilfunknummer *			
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 Angaben zum Einkommen Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser <b>nicht</b> Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist!				
Erlaubnis zur Weiterleitung der gezahlten Beiträge an die Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

## EINKOMMENSVERHÄLTNISS FÜR DIE ZEIT AB BEGINN DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG

Meine Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze 2018: 53.100,00 € jährlich bzw. 4.425,00 € 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 § 93 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, Dividenden, etc.)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt Einkommensart _____				
<input type="checkbox"/> Meine Einnahmen liegen unter 1.015,00 € mtl. (2018), mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____				

Ich wurde geworben von: \_\_\_\_\_

**DIE FREIWILLIGE VERSICHERUNG WIRD AUF NACHSTEHENDER VERSICHERUNGSGRUNDLAGE 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 4.950,00 € (2018) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist. Für Ehepartner die am 31.12.2002 privat krankenversichert waren, gilt ein Wert von 4.425,00 € 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 \_\_\_\_\_

Füllt die Krankenkasse aus Rahmenfrist

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Tage \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_

VVZ erfüllt:  ja  nein

\*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: \_\_\_\_\_

**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 Krankenkasse 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

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 beigefügt

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.



Sie erklären, dass die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet sind und künftige Änderungen (z.B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich angezeigt werden. Ihnen 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.

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i.V.m. § 175 SGB V zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Mitgliedsantrages erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk-wf.de/datenschutz](http://www.bkk-wf.de/datenschutz).

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

**Einwilligungserklärung zur erweiterten Datennutzung:** Ich bin damit einverstanden, dass die BKK W&F meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Vorteile und Neuigkeiten der BKK W&F sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der BKK W&F zu informieren, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort/Datum

  Unterschrift

## WICHTIG:

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

Vorbereitet für ein Fensterkuvert  
oder einfach faxen an: 05661 7374 - 285

BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN  
Zentrale  
Bahnhofstraße 19  
34212 Melsungen

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

ANGABEN DES MITGLIEDS/ZAHLUNGSPFLICHTIGEN



Name	Mandatsreferenznummer	wird nachgereicht
Vorname	Gläubiger-Identifikationsnummer	DE05ZZZ00000093872
Straße/Hausnummer		
PLZ/Ort		
Geburtsdatum		
Krankenversicherungsnummer		

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN, Bahnhofstraße 19, 34212 Melsungen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Geldinstitutes \_\_\_\_\_

DE _ _ _ _ _	_____
IBAN	BIC (SWIFT-CODE)

Kontoinhaber, falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch: \_\_\_\_\_

Die Beiträge sollen erstmalig für den Beitragsmonat \_\_\_\_\_ abgebucht werden.

Offene Beitragsrückstände können ebenfalls abgebucht werden  ja  nein

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und § 94 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI).

UNTERSCHRIFT



Ort/Datum	Unterschrift des Mitglieds

HINWEIS:

Die Unterschrift hier gilt nur für das SEPA-Lastschriftmandat. Der Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft muss auch auf Seite 3 unterschrieben werden.

X

Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht mit dem Zahlungspflichtigen identisch