ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

BKK WERRA-MEISSNER

BKK Werra-Meissner
Straßburger Str. 5
37269 Eschwege

Fax: **05651 7451-999**
E-Mail: **info@bkk-wm.de**
Haben Sie Fragen?
Service-Telefon: **05651 7451-777**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

JA, ICH MÖCHTE FREIWILLIGES BKK WERRA–MEISSNER MITGLIED WERDEN AB

TT MM JJJJ

PERSÖNLICHE ANGABEN

◯ Frau ◯ Herr ◯ Sonstiges	Krankenversicherungsnummer
Titel	Sozialversicherungsnummer
Vorname	Geburtsdatum
Nachname	Geburtsname
Straße / Nr.	Geburtsort
PLZ / Wohnort	Staatsangehörigkeit
Telefon	Steueridentifikationsnummer
Handy	E-Mail

ANGABEN ZUM FAMILIENSTAND

Familienstand
◯ ledig ◯ verheiratet ◯ Lebenspartnerschaft ◯ verwitwet ◯ geschieden ◯ getrennt lebend ◯ verwaist

◯ Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Antrag auf Familienversicherung:
◯ liegt bei ◯ wird nachgereicht ◯ bitte zusenden

◯ Ich habe keine Kinder

◯ Ich habe ..... (Anzahl) Kinder

Hiermit bestätige ich meine Elterneigenschaft als:
- ☐ leibliche Eltern
- ☐ Adoptiveltern
- ☐ Stiefeltern
- ☐ Pflegeeltern

Als Nachweis sende ich Ihnen die in der Anlage befindlichen aussagekräftigen Unterlagen. Die Richtigkeit der Angaben bestätige ich mit meiner Unterschrift. (Das Gesetz schreibt keine konkrete Form des Nachweises vor. Es sollen alle Urkunden berücksichtigt werden können, die geeignet sind, zuverlässig die Elterneigenschaft des Mitgliedes als leibliche Eltern, Adoptiv-, Stief- oder Pflegeeltern zu belegen.

Ort	Datum	Unterschrift
		X

V.01.01

ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

BKK WERRA-MEISSNER

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Ich war zuletzt Versichert bei	Kündigungsbestätigung der Vorkasse ◯ ist beigefügt ◯ wird nachgereicht
Straße / Nr.	◯ Ich bin familienversichert über
PLZ / Ort	Name des Hauptversichterten
von	Geburtsdatum des Hauptversichterten
bis	◯ Ich bin nicht gesetzlich versichert

Ich beantrage eine freiwillige Versicherung aufgrund

- ◯ Ausscheiden aus der Pflichtmitgliedschaft
- ◯ Beendigung der Familienversicherung
- ◯ Kassenwechsel entspr. § 173 Abs. 2 SGB V
- ◯ beruflichen Auslandsaufenthaltes
- ◯ Rückkehr in das Inland
- ◯ Ich bin versicherungsfrei wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze.
- ◯ Versicherungsfreiheit (Selbständige, Beamte, etc.)

Bei hauptberuflich Selbständigen besteht die Wahl zwischen

- ◯ Versicherung mit Krankengeld
- ◯ Versicherung ohne Krankengeld

Besteht Anspruch auf Beihilfe?
◯ ja ◯ nein

Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge?
◯ ja ◯ nein

ANGABEN ZUR BETÄTIGUNG

Ich bin hauptberuflich selbstständig tätig (ggf. als Gesellschafter) ◯ ja ◯ nein	Falls Selbständig: Anzahl pflichtversicherter Arbeitnehmer (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)
Arbeitgeber/ Name Ihres Unternehmens (etc.)	Falls Selbständig: Anzahl geringfügig Beschäftigter (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)
Straße / Nr.	Falls Selbständig: Geschäftsöffnungszeiten
PLZ / Ort	☐ Ich bin (z. B. Student ohne Pflichtversicherung, Fachschüler, Rentner, Kind usw.)
Branche	.....
Tätigkeit	☐ Ich bin nicht erwerbstätig
Arbeitszeit wöchentlich in Stunden	☐ Ich bin Sozialhilfeempfänger und in einer stationären Einrichtung nach SGB XII untergebracht.

V.01.01

ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

BKK Werra-Meissner
Straßburger Str. 5
37269 Eschwege

Fax: **05651 7451-999**
E-Mail: **info@bkk-wm.de**
Haben Sie Fragen?
Service-Telefon: **05651 7451-777**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE FÜR DIE ZEIT AB BEGINN DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG

☐ Meine Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze 2019: 54.450 € jährlich bzw. 4.537,50 € 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.

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

	Zeitraum	Mitglied	Ehegatte (Nur ausfüllen wenn Ihr Ehegatte nicht gesetzlich Krankenversichert ist)
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit ○ Laut letztem Einkommenssteuerbescheid (ESTB) ○ Mir liegt noch kein ESTB vor, da ich Existenzgründer bin, die Angaben sind daher geschätzt ○ nein	jährlich		
Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (Bruttolohn/Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgehalt u. ä.). Bitte Gehaltsabrechnung beifügen. ○ ja ○ nein	jährlich		
Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung ○ ja ○ nein	jährlich		
zusätzliche Einmalzahlungen insgesamt (bitte Nachweise beifügen) ○ ja ○ nein	jährlich		
Gründungszuschuss nach ○ ja ○ nein	monatlich		
Abfindungen aus beendeten Beschäftigungsverhältnissen ○ ja ○ nein	jährlich		
Deutsche und ausländische Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss) ○ ja ○ nein	monatlich		
Rentenähnliche Einnahmen (Vorsorgebezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Kapitalleistungen u.a.) ○ ja ○ nein	monatlich		

ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

BKK WERRA-MEISSNER

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

	Zeitraum	Mitglied	Ehegatte (Nur ausfüllen wenn Ihr Ehegatte nicht gesetzlich Krankenversichert ist)
Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung ◯ ja ◯ nein	monatlich		
Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, etc.) ◯ ja ◯ nein	monatlich		
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt ◯ ja ◯ nein	monatlich		
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt: Einkommensart			
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Mietzuschüsse) ◯ ja ◯ nein	monatlich		

Haben Sie keine oder nur geringe Einkünfte angegeben, bitten wir um die Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten	

ZAHLUNGSWEISE

◯ Überweisung/Dauerhaft

◯ Ich möchte, dass die monatlichen Beiträge per Lastschrift von meinem Bankkonto abgebucht werden.
Achtung: Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und im Original einreichen.

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

BANKVERBINDUNG

Name der Bank

IBAN

D E

BIC (nur bei Auslandskonto)

FREUNDSCHAFTSWERBUNG

Ich wurde geworben durch

IBAN des Werbers für Prämie

D E

BIC (nur bei Auslandskonto)

V.01.01

ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

BKK Werra-Meissner
Straßburger Str. 5
37269 Eschwege

Fax: **05651 7451-999**
E-Mail: **info@bkk-wm.de**
Haben Sie Fragen?
Service-Telefon: **05651 7451-777**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

LICHTBILD FÜR IHRE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

BITTE KLEBEN SIE HIER IHR BILD AUF.

Hinweise für eine optimale Bildqualität:

- Das Foto darf nicht im Briefumschlag geknickt werden
- Wir benötigen das Foto im Passbildformat (3,5 x 4,7 cm). Es muss aber kein echtes Passbild sein
- Farb- oder SW-Foto in guter Qualität
- Möglichst ein rahmenloses Foto ohne Farbstich
- Sie müssen eindeutig zu erkennen sein
- Ihr Gesicht sollte vollflächig und frontal abgebildet sein
- Für das Foto bitte einen einheitlichen Hintergrund wählen

Gern können Sie uns Ihr Foto auch per E-Mail senden an: info@bkk-wm.de

UNTERSCHRIFT

Ort	Datum	Unterschrift
		X

Datenschutzhinweis:
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Werra-Meissner notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Homepage www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der BKK Werra-Meissner auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.