

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.

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

TT MM JJJJ

PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> 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
-----	-------	--------------------------

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Ich war zuletzt Versichert bei		Kündigungsbestätigung der Vorkasse <input type="radio"/> ist beigefügt <input type="radio"/> wird nachgereicht
Straße		Nr.
PLZ	Ort	
Name des Hauptversicherten		Name des Hauptversicherten
Geburtsdatum des Hauptversicherten		Geburtsdatum des Hauptversicherten
von		<input type="radio"/> Ich bin nicht gesetzlich versichert
bis		

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

Arbeitgeber/ Name Ihres Unternehmens (etc.)

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Branche

Tätigkeit

Arbeitszeit wöchentlich in Stunden

Falls Selbständig: Anzahl pflichtversicherter Arbeitnehmer (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)

Falls Selbständig: Anzahl geringfügig Beschäftigter (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)

Falls Selbständig: Geschäftsöffnungszeiten

Ich bin (z. B. Student ohne Pflichtversicherung, Fachschüler, Rentner, Kind usw.)

.....

Ich bin nicht erwerbstätig

Ich bin Sozialhilfeempfänger und in einer stationären Einrichtung nach SGB XII untergebracht.

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 <input type="radio"/> Laut letztem Einkommenssteuerbescheid (ESTB) <input type="radio"/> Mir liegt noch kein ESTB vor, da ich Existenzgründer bin, die Angaben sind daher geschätzt <input type="radio"/> nein	jährlich		
Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (Bruttolohn/Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgehalt u. ä.). Bitte Gehaltsabrechnung beifügen. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	jährlich		
Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	jährlich		
zusätzliche Einmalzahlungen insgesamt (bitte Nachweise beifügen) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	jährlich		
Gründungszuschuss nach <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	monatlich		
Abfindungen aus beendeten Beschäftigungsverhältnissen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	jährlich		
Deutsche und ausländische Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	monatlich		
Rentenähnliche Einnahmen (Vorsorgebezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Kapitalleistungen u.a.) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	monatlich		

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.