

# ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG



**BKK Werra-Meissner**

Sudetenlandstraße 2a  
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		Titel	
Vorname		Nachname	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Straße	Nr.	PLZ	Wohnort
Geburtsort	Geburtsland		Staatsangehörigkeit
Krankenversicherungsnummer		Sozialversicherungsnummer	
Steueridentifikationsnummer		E-Mail	
Telefon		Handy	

## ANGABEN ZUM FAMILIENSTAND

Familienstand <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> Lebenspartnerschaft <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> verwaist	
<input type="radio"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen	Antrag auf Familienversicherung: <input type="radio"/> liegt bei <input type="radio"/> wird nachgereicht <input type="radio"/> bitte zusenden
<input type="radio"/> Ich habe keine Kinder	Hiermit bestätige ich meine Elterneigenschaft als: <input type="checkbox"/> leibliche Eltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Stiefeltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern
<input type="radio"/> Ich habe .....(Anzahl) Kinder	

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 <b>X</b>
-----	-------	--------------------------

## ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Ich war zuletzt Versichert bei			
Straße		Nr.	PLZ
von		bis	
<input type="radio"/> Ich bin familienversichert über		Name des Hauptversicherten	
<input type="radio"/> Ich bin nicht gesetzlich versichert		Geburtsdatum des Hauptversicherten	

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)		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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			<input type="checkbox"/> Ich bin (z. B. Student ohne Pflichtversicherung, Fachschüler, Rentner, Kind usw.)
Branche				
Tätigkeit				<input type="checkbox"/> Ich bin nicht erwerbstätig
Arbeitszeit wöchentlich in Stunden				<input type="checkbox"/> Ich bin Sozialhilfeempfänger und in einer stationären Einrichtung nach SGB XII untergebracht.

# ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG



**BKK Werra-Meissner**

Sudetenlandstraße 2a  
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 2024: 62.100 € jährlich bzw. 5.175,00 € 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.

### 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		

## EINKOMMENSVERHÄLTNISS

	Zeitraum	Mitglied	Ehegatte (Nur ausfüllen wenn Ihr Ehegatte nicht gesetzlich Krankenversichert ist)
Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	monatlich		
Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, etc.) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	monatlich		
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	monatlich		
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt: Einkommensart			
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Mietzuschüsse) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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

BIC (nur bei Auslandskonto)

## FREUNDSCHAFTSWERBUNG

Ich wurde geworben durch

IBAN des Werbers für Prämie

BIC (nur bei Auslandskonto)

# ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG



**BKK Werra-Meissner**

Sudetenlandstraße 2a  
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](mailto:info@bkk-wm.de)

Vorname

Nachname

## 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](http://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.