

Bitte zurück an:

BKK Stadt Augsburg
 Willy-Brandt-Platz 1
 86153 Augsburg

Antrag auf freiwillige Krankenversicherung

Personalien		Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.	
Name, (Geburtsname), Vorname		Rentenversicherungsnummer (bitte stets angeben)	
Geburtsdag	Staatsangehörigkeit	Familienstand	
Anschrift		Telefon	
beschäftigt/selbständig seit	Arbeitgeber		
letztes Versicherungsverhältnis			
bisherige Krankenkasse (bei anderer Krankenkasse bitte Bescheinigung beifügen)		vom	bis
Wenn Sie verheiratet sind, wie ist Ihr/e Ehegatte/Ehegattin versichert?			
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei:		<input type="checkbox"/> Privat versichert bei:	
Meine Steueridentifikationsnummer lautet:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hinweis: Im Rahmen des „Bürgerentlastungsgesetzes Krankenversicherung“ sind Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich abzugsfähig. Für die Übermittlung der von Ihnen gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung benötigen wir unbedingt Ihre persönliche Steueridentifikationsnummer.			

Grund für die freiwillige Versicherung

Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze ab: _____

Ende der Familienversicherung zum _____ wegen: _____

Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit ab: _____

Erhalten Sie einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?

Nein

Ja (bitte Bescheid beifügen)

noch nicht bekannt

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen (Bitte angeben):

Rückkehr aus dem Ausland zum: _____

Einkommensverhältnisse

Bruttoeinnahmen

des Mitglieds

des Ehegatten

• in Euro

• monatlich

(Angaben sind nur erforderlich, wenn dieser **nicht gesetzlich versichert** ist.)

	Ja	Nein		Ja	Nein	
Arbeitsentgelt/Besoldung – brutto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
14. Monatseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Sonstige Einnahmen (z. B. BAföG, Abfindungen, Unterhaltszahlungen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
gesetzliche Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
sonstige Renten/ausländische Renten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Renten aus Kapitalanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
rentenähnliche Einnahmen (z. B. Pensionen, Betriebsrenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €

Bitte letzten Einkommensteuerbescheid bzw. Nachweise beifügen!

Angaben zu Kindern

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Hinweis: Bitte fügen Sie unbedingt die Kopie einer Geburtsurkunde eines Ihrer Kinder bei.

Wenn Sie verheiratet sind und Ihr Ehegatte nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist, wie sind Ihre gemeinsam unterhaltsberechtigten Kinder krankenversichert?

Kind 1			Kind 2			Kind 3		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
privat krankenversichert	familienversichert	selbst gesetzlich versichert	privat krankenversichert	familienversichert	selbst gesetzlich versichert	privat krankenversichert	familienversichert	selbst gesetzlich versichert

Krankengeldanspruch für hauptberuflich selbstständig Tätige

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Ja, ich möchte Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab dem 43. Tag bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung haben. Der Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt in diesem Fall 17,3 %. | <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Nein, ich möchte keinen Anspruch auf Krankengeld. Der Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt in diesem Fall 16,7 %. |
|---|---|

Ich versicherte, dass alle gemachten Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen und insbesondere meinen Einkommensverhältnissen werde ich der BKK Stadt Augsburg unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen zum Bürgerentlastungsgesetz

Mit Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes zum 01.01.2010 werden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich berücksichtigungsfähig. Die gesetzlichen Krankenkassen übermitteln aus diesem Grund die von Ihnen gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA).

Informationen zum Datenschutz

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Stadt Augsburg notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.bkk-stadt-augsburg.de oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Zusatzfragebogen für haupt- bzw. nebenberuflich Selbstständige

Bitte nur ausfüllen, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft beantragt wird und eine haupt- oder nebenberufliche selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird.

Beschäftigen Sie versicherungspflichtige Arbeitnehmer?

Ja, wie viele:

Nein

Wurde ein Gewerbe angemeldet?

Ja (**Gewerbebeanmeldung beifügen**)

Nein

Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich? _____

An wie vielen Arbeitstagen? _____

Üben Sie sonst noch eine andere Tätigkeit/Beschäftigung aus?

Ja

Nein

Art: _____

Umfang: _____

Einkünfte: _____

Erzielen Sie die Einkünfte für den überwiegenden Lebensunterhalt aus der selbstständigen Tätigkeit?

Ja

Nein → Wodurch bestreiten Sie überwiegend Ihren Lebensunterhalt? _____

Höhe des **monatlichen** Einkommens aus selbständiger Tätigkeit (**Einkommensteuerbescheid beifügen, falls bereits vorhanden**)

Welche Art von Einkünften erzielen Sie noch und in welcher Höhe?

Ort, Datum

Unterschrift

BKK Stadt Augsburg
Willy-Brandt-Platz 1
86153 Augsburg

Tel.: 0821 324 3223
Fax: 0821 324 3203
E-Mail: info@bkk-stadt-augsburg.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE15ZZZ00000094662

Mandatsreferenz:

- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK Stadt Augsburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Stadt Augsburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name) BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: _____
(max. 31-stellig)

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname und Name (abweichender Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Stadt Augsburg notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite www.bkk-stadt-augsburg.de oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.