

Anzeige zur Pflichtversicherung

nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI

BKK VerbundPlus



BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13
88400 Biberach

E-Mail: info@bkkvp.de

Haben Sie Fragen?

Servicehotline: 0800 2 234 987

(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

1. Angaben zur Person

| | | | |
|----------------------------|-------------|---------------------------|--|
| Name | Vorname | Geburtsdatum | |
| Straße/Hausnummer | | PLZ/Wohnort | |
| Geburtsort | Geburtsland | Staatsangehörigkeit | |
| Krankenversicherungsnummer | | Rentenversicherungsnummer | |

1.1 Familienstand

ledig eingetragene Lebenspartnerschaft verheiratet verwitwet getrennt lebend geschieden seit: _____

1.2 Angehörige

keine (keine Kinder und ledig)

ledig und Anzahl Kinder _____ (einmalig Nachweis wie Geburtsurkunde beifügen)

Anzahl unterhaltsberechtigter leiblicher Kinder _____ (ggf. bitte Nachweis wie Geburtsurkunde oder Kindergeld beifügen) davon verwandt mit Ehegatten _____

Anzahl unterhaltsberechtigter, nicht mit Ihnen verwandter leiblicher Kinder des Ehegatten (Stiefkinder) _____ (ggf. Nachweis hinzufügen)
Unterhält der Ehepartner die Kinder alleine ohne Unterhaltszahlung des anderen leiblichen Elternteils?
 Ja Nein

Ehepartner / eingetragener Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert

Ehepartner / eingetragener Lebenspartner ist **nicht** gesetzlich krankenversichert (z. B. privat versichert, über die freie Heilfürsorge oder im Ausland versichert).
Nachweis Versicherungsunternehmen beifügen. In diesem Fall Angaben zum Einkommen ergänzen

2. Angaben zum Personenkreis/zur Tätigkeit

selbstständig seit _____ als _____ (Gewerbeanmeldung)

Anzahl der wöchentlichen Arbeitszeit: _____ Stunden

Anzahl der Beschäftigten: _____, davon Arbeitnehmer geringfügig beschäftigt: _____

Die Einkünfte aus der selbstständigen Tätigkeit benötige ich zur Sicherstellung meines Lebensunterhaltes

ja nein, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin | <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin | <input type="checkbox"/> Pensionär/Pensionärin |
| <input type="checkbox"/> Rentner/Rentnerin | <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> Student/Studentin |
| <input type="checkbox"/> Schüler(in) bzw. Meister-/Berufsfachschüler | <input type="checkbox"/> Erwerbslos | <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger(in), zuständiges Sozialamt: |
| <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger(in), stationär in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 2 SGB XII untergebracht | <input type="checkbox"/> | |

Wenn Arbeitnehmer: Besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen:
 ja nein
Ich war zuletzt (tätig als): _____

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 VerbundPlus auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

3. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*

eigene Versicherung gesetzlich versichert Familienversicherung Privatversichert

vom _____ bis _____ Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

3.1 Ich war bisher weder selbst noch über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert:

Ja ist mir nicht bekannt**

3.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)?

* Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.

** Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.

4. Ergänzende Angaben

4.1 Ich habe meinen Wohnsitz am _____ nach Deutschland verlegt. (Einwohnermeldeamtsbescheinigung ist beigelegt)

4.2 Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt.***

4.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts:

Ja Nein

4.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten: Ja Nein

Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).

Grund: _____

*** Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

5. Einkommensverhältnisse

| Einkommensart | Mitglied | | Ehegatte (notwendig, falls nicht gesetzlich versichert) | |
|---|-------------|------------|--|------------|
| | monatlich € | jährlich € | monatlich € | jährlich € |
| Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit | | | | |
| Grundzuschuss für selbstständige Tätigkeit (z. B. der Agentur für Arbeit) | | | | |
| Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss, auch Renten aus dem Ausland) | | | | |
| Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen auch aus dem Ausland) | | | | |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | | | | |
| Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Wertpapiere) | | | | |
| Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (auch geringfügige Beschäftigung, Sachbezüge, Provisionen) | | | | |
| Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Sonderzuwendungen) | | | | |
| Sonstige Einnahmen (z. B. Abfindungen aus beendetem Beschäftigungsverhältnis, Unterhaltsleistungen) | | | | |
| Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Mietzuschüsse) | | | | |

meine Einnahmen liegen unter 1.248,33 € monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

_____ (bitte näher bezeichnen)

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt: Ja Nein

Wenn ja, Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung:

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899ff. ZPO bzw. § 284 AO)? Ja Nein

Wenn ja, wann und wem gegenüber:

6. Zahlung der Beiträge

Die Beiträge sind am 15. des Folgemonats fällig.

- Die BKK VerbundPlus soll die fristgerechte Zahlung sicherstellen. Die Beiträge können abgebucht werden. Das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt
 Ich überweise die Beiträge pünktlich.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich umgehend mitteilen.

Erklärung und Unterschrift

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)

| E-Mail | Telefonnummer Festnetz | | Telefonnummer mobil | |
|--------|------------------------|-----------|---------------------|-----------|
| | Vorwahl | Rufnummer | Vorwahl | Rufnummer |
| | | | | |

Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter www.bkk-verbundplus.de/datenschutz.

Ort/Datum

Unterschrift

X

Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

1. Angaben zur Person

| | | |
|---------------------|---------------------------|---|
| Name | Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt |
| Geburtsdatum | Familienstand | |
| Staatsangehörigkeit | Rentenversicherungsnummer | |

1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?
 Ja Nein

2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt?
 Ja Nein
Wenn ja, welche: _____

3. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?*(bitte Bescheinigung beifügen)
 Ja Nein

* Hinweis für die Krankenkasse: Maßgebend in den Fällen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

4. Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen)

4.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor? (bitte Bescheinigung beifügen)
 Ja Nein

4.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts?
 Ja Nein

4.3 Wurde ein Asylantrag gestellt?
 Ja Nein

4.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?
 Ja Nein
Wenn nein, weshalb: _____

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich und meine familienversicherten Angehörigen** Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

** Nichtzutreffendes bitte streichen

| | | |
|--|---|---|
| Ort/ Datum | Unterschrift des Mitglieds  | ggf. Unterschrift der Familienangehörigen  |
| Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben. | | Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus. |

Ergänzende Datenschutzhinweise (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses sowie eines etwaigen Leistungsausschlusses (§§ 10, 52a, 284 SGB V § 7 KVLG 1989, § 33a SGB XI) zu erheben.