

Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung



BKK VerbundPlus

Zeppelinring 13
88400 Biberach

E-Mail: info@bkkvp.de

Haben Sie Fragen?

Servicehotline: 0800 2234 987

(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Anmeldung zum (Datum)

Persönliche Angaben

Name		Vorname		Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt	
Straße / Hausnummer			PLZ / Wohnort		
Geburtsdatum		Rentenversicherungsnummer		Versichertennummer	
Geburtsort	Geburtsland	Geburtsname		Staatsangehörigkeit	
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)					

Angaben zum Personenkreis / zur Tätigkeit Selbstständigkeit

Ich bin selbstständig seit _____ als _____	
Gewerbeanmeldung ☐ liegt bei ☐ ist nicht erforderlich, da freiberuflich	Anzahl der wöchentlichen Arbeitszeit (Std. ø)
Ich beschäftigte Arbeitnehmer ☐ nein ☐ ja, Anzahl) _____, davon geringfügig beschäftigt _____	
Einordnung der Tätigkeit (haupt- oder nebenberufliche Tätigkeit) ☐ Ich übe die selbstständige Tätigkeit hauptberuflich aus, die Einkünfte aus der selbstständigen Tätigkeit benötigen mich zur Sicherstellung meines Lebensunterhaltes ☐ Die Mitgliedschaft soll den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit umfassen. Bitte senden Sie mir die Wahlerklärung für den gesetzlichen Krankengeldanspruch zu. Mir ist bewusst, dass der Anspruch erst mit Einreichung des Antrages bestehen kann.	☐ Ich übe die selbstständige Tätigkeit nebenberuflich aus, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch folgende Person(en) bzw. andere Einkünfte (ggf. separat detaillierte Angaben) _____ _____

Nicht selbstständige Tätigkeit

☐ Arbeitnehmer / Arbeitnehmerin ☐ Pensionärin/Pensionär ☐ Hausfrau/Hausmann ☐ Schüler / Schülerin bzw. Meister- / Berufsfachschüler(in) ☐ Sozialhilfeempfänger / Sozialhilfeempfängerin, stationär in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 2 SGB XII untergebracht ☐ _____	☐ Beamtin/Beamter ☐ Rentnerin/Rentner ☐ Student/Studentin ☐ erwerbslos ☐ Sozialhilfeempfänger / Sozialhilfeempfängerin, zuständiges Sozialamt _____
---	---

POD005_2024_12_FrwVers



Einkommensverhältnisse

☐ Mein jährliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2025: 66.150 €). Eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind nicht erforderlich

Angaben zum Einkommenssteuerbescheid

(Die folgenden Angaben zum Einkommenssteuerbescheid müssen nur ausgefüllt werden, wenn Einnahmen aus Arbeitseinkommen oder Mieteinnahmen vorliegen)

- ☐ Aktuellster Einkommenssteuerbescheid vom Jahr _____ wurde am _____ ausgestellt und liegt der BKK VerbundPlus bereits vor
☐ Aktuellster Einkommenssteuerbescheid liegt bei
☐ Ich bin nicht zur Einkommenssteuer verpflichtet. Die Nichtveranlagungsbescheinigung liegt bei

Einkommensart	Mitglied		Ehegatte (notwendig, falls nicht gesetzlich versichert)	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit				
Gründungszuschuss 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, Mietzuschuss)				

☐ Meine Einnahmen liegen unter 1.248,33 € monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch

☐ Ersparnis / Eigenkapital

☐ Angehörige / Partner _____ (bitte näher bezeichnen)

☐ Sonstiges _____ (bitte näher bezeichnen)

Zahlung der freiwilligen 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.

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.

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

Ort / Datum	Unterschrift
	X

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO).

SEPA-Lastschriftmandat für Mitglieder

Name des Auftraggebers
Straße
PLZ und Ort
KV-Nummer

Betriebskrankenkasse
VerbundPlus
Postfach 1130
88381 Biberach an der Riß

Zahlungsempfänger:	BKK VerbundPlus
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE 72 ZZZ 00000 473488

Ich ermächtige die BKK VerbundPlus, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK VerbundPlus 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontodaten:

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

IBAN: ____|____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____
(max. 31 stellig)

Nur auszufüllen, bei abweichendem Kontoinhaber:

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum Ort Unterschrift des Kontoinhabers