

Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung



BKK VerbundPlus
 Zeppelinring 13
 88400 Biberach

Fax: **07351 1824-813**
 E-Mail: **beitritt@bkkvp.de**
 Servicehotline: **0 800 2 234 987**
 (Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Alle Punkte bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

Anmeldung zum (Datum)

Persönliche Angaben

Vorname	Name	Staatsangehörigkeit
Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer	Versichertennummer
Straße / Hausnummer		
PLZ / Ort		
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet* <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ *Der Ehepartner / eingetragene Lebenspartner <input type="checkbox"/> ist gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> ist nicht gesetzlich krankenversichert (bitte in diesem Fall unbedingt Angaben zum Einkommen ergänzen!)		
Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon unterhaltsberechtig (Anzahl) _____ (ggf bitte Nachweis beifügen)		
Elterneigenschaft für Pflegeversicherung <input type="checkbox"/> ja, Nachweise sind beigefügt. <input type="checkbox"/> nein (in diesem Fall ist bei Versicherten ab 23 Jahren der Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 % zu zahlen)		
Übermittlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung Ich stimme der Datenübertragung nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG durch die BKK VerbundPlus zu <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Steuer-Identifikationsnummer (11 Ziffern)

Angaben zum Personenkreis / zur Tätigkeit

Selbstständigkeit

Ich bin selbstständig seit	als
Gewerbeanmeldung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> ist nicht erforderlich, da freiberuflich	Anzahl der wöchentlichen Arbeitszeit (Std. Ø)
Ich beschäftige Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____, davon geringfügig beschäftigt _____	
Einordnung der Tätigkeit (haupt- <u>oder</u> nebenberufliche Tätigkeit)	
<input type="checkbox"/> Ich übe die selbstständige Tätigkeit hauptberuflich aus, die Einkünfte aus der selbstständigen Tätigkeit benötige ich zur Sicherstellung meines Lebensunterhaltes <input type="checkbox"/> Die Mitgliedschaft soll den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit umfassen. Es gilt der Allgemeine Beitragssatz. An diese Wahl bin ich 3 Jahre gebunden (nur wählbar für hauptberuflich Selbstständige)	<input type="checkbox"/> 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

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

Einkommensverhältnisse

- Mein jährliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2018: 53.100 €). Eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind nicht erforderlich

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, Mietzuschuss)				

- Meine Einnahmen liegen unter 1.038,33 € 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 beigefügt.
- Ich überweise die Beiträge pünktlich..

Erklärung und Unterschrift

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

Datum, Unterschrift

Kontaktdaten (Telefon / E-Mail), freiwillige Angaben

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). 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.

SEPA-Lastschriftmandat

Betriebskrankenkasse
VerbundPlus
Postfach 1130
88381 Biberach

Name, Vorname des Auftraggebers

Straße

PLZ und Ort

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

Ich ermächtige/n 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC (8- oder 11-stellig)

IBAN

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich, vor dem Einzug der ersten SEPA-Basislastschrift mitgeteilt.