

# ANMELDUNG ZUR FREIWILLIGEN VERSICHERUNG



## ANGABEN ZUR PERSON

Vorname	<input type="text"/>		
Name	<input type="text"/>		
Versichertennummer	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Familienstand	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
beschäftigt / selbstständig seit	<input type="text"/>	Arbeitgeber / wenn selbstständig: Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden	<input type="text"/>

## VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Letzte bzw. bisherige Krankenkasse	<input type="text"/>		
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Name und Vorname des Versicherten, auf dessen Mitgliedschaft die Familienversicherung beruhte	<input type="text"/>		

## GRUND DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Ende der Familienversicherung</b>                                  | <input type="checkbox"/> <b>Kassenwechsel</b>            |
| <input type="checkbox"/> weil beim erstmaligen Beginn einer Beschäftigung die Versicherungspflichtgrenze überschritten wurde | <input type="checkbox"/> <b>Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen</b> | <input type="checkbox"/> <b>Rückkehr aus dem Ausland</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Ausscheiden aus der Versicherungspflicht</b>   |  |  |

Bitte füllen Sie den unteren Abschnitt Einkommensverhältnisse nur aus, wenn Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Angaben zu Ihrem Ehegatten sind nicht notwendig.

**Bitte füllen Sie den unteren Abschnitt Einkommensverhältnisse aus. Angaben zu Ihrem Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.**

## EINKOMMENSVERHÄLTNISSE (ALLE ANGABEN ERFOLGEN IN EURO)

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen	des Versicherten		des Ehegatten	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
<b>Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit</b> (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts; bitte sofern vorhanden den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)				
<b>Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung</b> (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u.a.)				
<b>Einmalzahlungen</b> (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u.a.)				
<b>Renten aus Sozialversicherung</b>				
<b>Rentenähnliche Einnahmen</b> (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u.a.)				
<b>Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung</b> (bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen) <b>und Kapitalvermögen</b> (Zinsen)				
<b>Sonstige Einnahmen</b> (z.B. Abfindungen wegen Verlust des Arbeitsplatzes)				
<b>Hilfe zum Lebensunterhalt</b> (bitte Bescheide zu z.B. Sozialhilfe oder Mietzuschüsse beifügen)				
<b>Sofern keine oben genannten Einnahmen zutreffen: Wovon und in welcher Höhe bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt?</b>				

### BEI SCHWERBEHINDERUNG AUSZUFÜLLEN

Seit wann besteht die Schwerbehinderung?

Ab wann ist die Schwerbehinderung anerkannt?

Datum des Feststellungsbescheides /Ausweis

Versorgungsamt

(bitte Schwerbehinderten-Ausweis oder Kopie beifügen)

Versicherungszeiten innerhalb der letzten 5 Jahre vor dem Beitritt:

Der Schwerbehinderte

Grad der Erwerbsminderung v.H. Wird von der Kasse ausgefüllt

	Name, Vorname	Zeitraum von – bis	Monate	Tage
Der Ehegatte				
Der Vater				

### UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Freiwillige Versicherung ab

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Krankengeld

Wochen  Tagen

ja, nach Wegfall des Arbeitsentgelts  nein  ja ab

1

2

3

Name und Vorname des Angehörigen

Geburtsdag

Verwandtschaftsverhältnis

Monatseinkommen

ausgeübter Beruf

Anstelle der Sach- und Dienstleistungen (ärztliche Behandlung, Medikamente, Krankenhausbehandlung) soll für mich und / oder meine mitversicherten Familienangehörigen die Kostenerstattung gewährt werden.

Ja

Nein

### ZAHLUNGSWEG FÜR DIE BEITRÄGE ZUR FREIWILLIGEN VERSICHERUNG

Name des Geldinstituts

IBAN

BIC

Name des Kontoinhabers

Lastschrift

Überweisung

#### Datenschutzhinweis:

Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK MAHLE erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK MAHLE und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Webseite (<https://www.bkk-mahle.de/datenschutz>) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

Datum

Unterschrift

Telefonisch erreichbar unter