

Anmeldung zur Freiwilligen Versicherung

MAHLE | BKK

Ich beantrage die Mitgliedschaft
bei der MAHLE BKK zum

Angaben zur Person

(Gilt als Erklärung zur Krankenversicherung und als Mitgliedsbescheinigung der MAHLE BKK nach § 175 SGB V)

Name, Vorname

Geschlecht

männlich weiblich divers

Straße

PLZ/Ort

Telefon*

E-Mail*

Geburtsdatum

Geburtsort/-land

Geburtsname

Familienstand*

Staatsangehörigkeit

Haben Sie Kinder?

ja (Bitte Kopie der
Geburtsurkunde beifügen) nein

* Angaben sind freiwillig

Versicherungsverhältnis

Letzte bzw. bisherige
Krankenkasse

von

bis

familienversichert pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Krankenversicherungsnummer
lt. aktueller Versicherungskarte

Grund der freiwilligen
Versicherung

Ende der Familienversicherung
 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen

Besteht Anspruch
auf Beihilfe?

ja (bitte Nachweis beifügen) nein

Krankengeld bei
Selbstständigkeit

nein ja, ab der 7. Woche

Wie ist Ihr Ehepartner
krankenversichert?

gesetzlich privat Name der Krankenkasse

Zusätzliche Angaben, wenn der Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist

Anzahl der unterhalts-
pflichtigen Kinder

Die Kinder sind

gesetzlich versichert privat versichert

Angaben bei Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit (bitte Gewerbeschein beifügen)

weniger als 20 Stunden 20 bis 30 Stunden mehr als 30 Stunden

Beschäftigen
Sie Arbeitnehmer?

ja nein

Anzahl Arbeitnehmer
in Minijob

Anzahl sozialversicherungs-
pflichtige Arbeitnehmer

Existenzgründerzuschuss
der Arbeitsagentur

ja (bitte Bescheid beilegen) nein

Hinweis: Zur Erstellung Ihrer elektronischen Gesundheitskarte benötigen wir ein Lichtbild. Bitte legen Sie dieses dem Antrag bei oder laden Sie dieses nach Erhalt Ihrer Versichertennummer unter www.bkk-mahle.de/service hoch.



Einkommensverhältnisse (Alle Angaben erfolgen in Euro)

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

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Beitragsnachberechnung führen.

SEPA-Lastschriftmandat

Angaben zur Bankverbindung

Mandat gilt für

wiederkehrende Zahlung

einmalige Zahlung

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber

Einzugsermächtigung/Basislastschriftmandat (SEPA)

Ich ermächtige die MAHLE BKK, Zahlungen vom oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften der MAHLE BKK einzulösen. Diese Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Kreditinstitut. Mir ist bekannt, dass ich die der MAHLE BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen habe. 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.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Datenschutzerklärung

Willenserklärung zum Antrag

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Wir benötigen die geforderten Angaben für die Prüfung und Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft im Rahmen von § 5 Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 9 SGB V, § 186 ff. SGB V, § 20 SGB XI und für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 Abs. 1 SGB IV. Die Angaben zu Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bkk-mahle.de/datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber