

# Beitrittserklärung zur freiwilligen Versicherung

Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung anzuzeigen.

## 1. Angaben zur Person:

Name (Geburtsname), Vorname	Versicherungsnummer	Geburtsdatum	Geburtsort	Steuer-Id-Nr.
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	Staatsangehörigkeit	Telefon (freiwillige Angabe)
<b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____				
<b>Anzahl der Kinder</b> _____,				
<b>Name, Vorname, Geburtsdatum:</b> _____				
<b>Name, Vorname, Geburtsdatum:</b> _____				
<b>Name, Vorname, Geburtsdatum:</b> _____				
<b>Name, Vorname, Geburtsdatum:</b> _____				
<b>Mein Ehegatte ist selbst versichert:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____ <small>Name und Sitz der Krankenkasse</small>				
<b>Mein Ehegatte/-in ist privat versichert:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Einkommensnachweis von Ehegatte/-in beifügen !)				

<input type="checkbox"/> Ich bin beschäftigt als: _____	<b>Arbeitgeber:</b> _____
<input type="checkbox"/> Ich bin selbständig seit: _____	<b>Gewerbeart:</b> _____
<b>Anzahl der wöchentl. Arbeitsstunden:</b> _____	<b>Anzahl der Beschäftigten:</b> _____
<input type="checkbox"/> Ich bin (z.B. Hausfrau(mann)/Rentner(in)/Schüler(in)/Erwerbslose(r)/Andere):	

Die freiwillige Versicherung soll durchgeführt werden ab: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur letzten Versicherung:

vom	bis	Krankenkasse:

### Grund der freiwilligen Versicherung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze  | <input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung   |
| <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht  | <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen                  |
| <input type="checkbox"/> beim erstmaligen Beginn einer Beschäftigung ist die Versicherungsgrenze überschritten | <input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland  |
| <input type="checkbox"/> obligatorische Anschlussversicherung  | <input type="checkbox"/> Kassenwechsel   |
| <input type="checkbox"/> Pflegezeit  | <input type="checkbox"/> der Antragsteller ist schwerbehindert im Sinne des § 1, Schwerbehindertengesetz |

## 3. Umfang des Versicherungsschutzes:

- ohne Krankengeldanspruch  mit Krankengeldanspruch ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit (gilt nur für Selbständige und Arbeitnehmer über der JAE)
- Angehörige/r (Ehegatte/in, Kind/er) soll(en) familienversichert werden (ggf. bitte gesonderten Antrag stellen)

## 4. Zahlungsweg für die Beiträge

- Überweisung  Beiträge werden vom Arbeitgeber überwiesen
- SEPA-Lastschriftermächtigung von:

Kontoinhaber:	Geldinstitut:
IBAN:	
Unterschrift des Kontoinhabers:	

**5. Einkommensverhältnisse:**  Antrag auf vorläufige Beitragseinstufung wegen selbständiger Tätigkeit

**Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.175,00 EURO.**

ja

( Wenn ja, und Sie keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. keine Versorgungsbezüge beziehen, brauchen Sie die nachfolgenden Fragen nicht zu beantworten ! )

<u>Art und Höhe der Einkünfte</u>	monatlich EUR	jährlich EUR
<p><b><u>Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit</u></b> (Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben – ohne Abzug von Sonderausgaben, außergewöhnlichen Belastungen und Steuerfreibeträgen), <b>bitte den aktuellsten vorliegenden Steuerbescheid vom Jahr _____ mit beilegen - eine Bestätigung des Steuerberaters ist allein nicht ausreichend !</b></p>		
<p><b><u>Arbeitsentgelt aus einer unselbständigen Beschäftigung</u></b> Bruttolohn bzw. Bruttogehalt monatlich, <b>bitte Nachweis beifügen !</b></p>		
Einmalzahlungen, <b>bitte Nachweis beifügen !</b>		
Sonstiger geldwerter Vorteil, <b>bitte Nachweis beifügen !</b>		
<p><b><u>Renten aus der Sozialversicherung</u></b> (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten, ausländische Renten), <b>bitte aktuelle Bescheide beifügen !</b> Art: Art:</p>		
<p><b><u>Rentenähnliche Einnahmen</u></b> (Brutto-Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebs- und Zusatzrenten, Pensionen u.a.), <b>bitte aktuelle Bescheide beifügen !</b> Art: Einmalzahlungen:</p>		
<b><u>Grundsicherung</u></b>		
<p><b><u>Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung</u></b> <b>bitte Nachweis beifügen !</b></p>		
<p><b><u>Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung</u></b> <b>bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen !</b></p>		
<p><b><u>Einnahmen aus Kapitalvermögen</u></b> (Bruttoeinnahmen ohne Abzug des Sparer-Pauschbetrages, abzüglich Werbungskosten), <b>bitte Nachweise beifügen !</b></p>		
<b><u>Abfindung</u></b> , bitte Nachweis/Vertrag beifügen !		
<b><u>Sozialhilfe</u></b> , bitte den aktuellen Bescheid beifügen !		
<p><b><u>Sonstige Einnahmen</u></b>, bitte Nachweise beifügen ! Art: _____</p>		

**Angaben zum Lebensunterhalt:**

meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 EUR, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich unaufgefordert informieren und geeignete Nachweise (z.B. den aktuellen Steuerbescheid) vorlegen. Mit ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. Wir sind als Krankenkasse zur Datenübermittlung der von Ihnen selbst gezahlten und von uns erstatteten Beiträge an die Finanzverwaltung verpflichtet. Ich erteile der BKK Textilgruppe Hof meine Einwilligung der Speicherung und Verwendung meines hochgeladenen Passbildes im Rahmen der Gesundheitskarte für die Dauer meiner Mitgliedschaft.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Datenschutzhinweis (§ 67 a SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 9, § 284 SGB V, § 20 Abs. 3 SGB XI) zu erheben. Die Angaben zu Kontaktdaten (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Die Daten werden selbstverständlich geschützt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage (<https://www.bkk-textilgruppe-hof.de/datenschutz.html>).

<b>Wird von der Krankenkasse ausgefüllt</b>				
Bemessungsgrundlage	Beitrittsvoraussetzung nach §	Monatsbeitrag	Gültig ab	Mitglied benachrichtigt