

Bitte zurück an:

BKK Stadt Augsburg  
Willy-Brandt-Platz 1  
86153 Augsburg

## Antrag auf freiwillige Krankenversicherung

<b>Personalien</b>		Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert.	
Name, (Geburtsname), Vorname  ,		Rentenversichertennummer (bitte stets angeben)	
Geburtstag	Staatsangehörigkeit	Familienstand	
Anschrift  ,		Telefon	
beschäftigt/selbstständig seit	Arbeitgeber		
<b>letztes Versicherungsverhältnis</b>			
bisherige Krankenkasse (bei anderer Krankenkasse bitte Bescheinigung beifügen)		vom	bis
Wenn Sie verheiratet sind, wie ist Ihr/e Ehegatte/Ehegattin versichert?			
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert bei:		<input type="checkbox"/> Privat versichert bei:	
Meine Steueridentifikationsnummer lautet:			
<input type="text"/>			
Hinweis: Im Rahmen des „Bürgerentlastungsgesetzes Krankenversicherung“ sind Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich abzugsfähig. Für die Übermittlung der von Ihnen gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung benötigen wir unbedingt Ihre persönliche Steueridentifikationsnummer.			

## Grund für die freiwillige Versicherung

Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze ab: \_\_\_\_\_

Ende der Familienversicherung zum \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_

Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit ab: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?

Nein       Ja (bitte Bescheid beifügen)       noch nicht bekannt

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen (Bitte angeben):  
\_\_\_\_\_

Rückkehr aus dem Ausland zum: \_\_\_\_\_

## Einkommensverhältnisse

<u>Bruttoeinnahmen</u>	des Mitglieds		des Ehegatten	
• in Euro			(Angaben sind nur erforderlich, wenn dieser <u>nicht gesetzlich versichert</u> ist.)	
• monatlich	Ja	Nein	Ja	Nein
Arbeitsentgelt/Besoldung – brutto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weihnachtsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaubsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Monatseinkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkünfte aus Kapitalvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Einnahmen (z. B. Unterhalt vom Ehegatten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesetzliche Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Renten/ausländische Renten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renten aus Kapitalanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rentenähnliche Einnahmen (z. B. Pensionen, Betriebsrenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte letzten Einkommensteuerbescheid bzw. Nachweise beifügen!

## Angaben zu Kindern

Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

Hinweis: Bitte fügen Sie unbedingt die Kopie einer Geburtsurkunde eines Ihrer Kinder bei.

Wenn Sie verheiratet sind und Ihr Ehegatte nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist, wie sind Ihre gemeinsam unterhaltsberechtigten Kinder krankenversichert?

Kind 1

privat kran-  
kenversichert     familienversi-  
chert     selbst gesetz-  
lich versichert

Kind 2

privat kran-  
kenversichert     familienversi-  
chert     selbst gesetz-  
lich versichert

Kind 3

privat kran-  
kenversichert     familienversi-  
chert     selbst gesetz-  
lich versichert

## Krankengeldanspruch für hauptberuflich selbstständig Tätige

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ja, ich möchte Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab dem 43. Tag bei Arbeitsunfähigkeit oder stationärer Behandlung haben.</li><li>• Der Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt in diesem Fall 15,9 %.</li></ul> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nein, ich möchte keinen Anspruch auf Krankengeld.</li><li>• Der Beitragssatz zur Krankenversicherung beträgt in diesem Fall 15,3 %.</li></ul> |
|--------------------------|---|--------------------------|---|

Ich versicherte, dass alle gemachten Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen und insbesondere meinen Einkommensverhältnissen werde ich der BKK Stadt Augsburg unverzüglich mitteilen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### Informationen zum Bürgerentlastungsgesetz

Mit Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes zum 01.01.2010 werden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich berücksichtigungsfähig. Die gesetzlichen Krankenkassen übermitteln aus diesem Grund die von Ihnen gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA), sofern Sie hiermit Ihr Einverständnis erklären.

Wir gehen davon aus, dass Sie mit Beantragung der freiwilligen Krankenversicherung Ihre Zustimmung zur Übermittlung der oben genannten Daten erteilen. Ihre Zustimmung kann jedoch auch in Zukunft jederzeit von Ihnen widerrufen werden. Bitte bedenken Sie, dass in diesem Fall auch keine steuerliche Berücksichtigung Ihrer geleisteten Beiträge erfolgen kann.

### Informationen zum Datenschutz

#### Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Stadt Augsburg notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Webseite [www.bkk-stadt-augsburg.de](http://www.bkk-stadt-augsburg.de) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

## Zusatzfragebogen für haupt- bzw. nebenberuflich Selbstständige

Bitte nur ausfüllen, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft beantragt wird und eine haupt- oder nebenberufliche selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird.

Beschäftigen Sie versicherungspflichtige Arbeitnehmer?

Ja, wie viele:

Nein

Wurde ein Gewerbe angemeldet?

Ja (**Gewerbeanmeldung beifügen**)

Nein

Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich? \_\_\_\_\_

An wie vielen Arbeitstagen?

**Selbstständiger ist eine Tagespflegeperson:** Werden mehr als 5 gleichzeitig anwesende, fremde Kinder betreut?

Ja, wie viele:

Nein, wie viele:

Üben Sie sonst noch eine andere Tätigkeit/Beschäftigung aus?

Ja

Nein

Art: \_\_\_\_\_

Umfang: \_\_\_\_\_

Einkünfte:

Erzielen Sie die Einkünfte für den überwiegenden Lebensunterhalt aus der selbstständigen Tätigkeit?

Ja

Nein → Wodurch bestreiten Sie überwiegend Ihren Lebensunterhalt? \_\_\_\_\_

Höhe des **monatlichen** Einkommens aus selbstständiger Tätigkeit (**Einkommensteuerbescheid beifügen, falls bereits vorhanden**)

Welche Art von Einkünften erzielen Sie noch und in welcher Höhe?

Ort, Datum

Unterschrift

BKK Stadt Augsburg  
Willy-Brandt-Platz 1  
86153 Augsburg

Tel.:  
Fax:  
E-Mail:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

## Mandatsreferenz:

- Mandat für einmalige Zahlung**
  - Mandat für wiederkehrende Zahlung**

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die BKK Stadt Augsburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Stadt Augsburg 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Vorname und Name

### **Straße und Hausnummer**

## PLZ und Ort

---

**Kreditinstitut (Name)**

BIC:  (8 oder 11-stellig)

IBAN:  (max. 31-stellig)

## Datum

## Ort

**Unterschrift des Kontoinhabers**

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname und Name (abweichender Zahlungspflichtiger)

### Straße und Hausnummer

### PLZ und Ort