



BKK ZF & Partner  
Otto-Lilienthal-Straße 10  
88046 Friedrichshafen

## Weiterversicherung / freiwillige Versicherung ab dem \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten anzuzeigen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Strasse, Hausnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenversicherthenummer \_\_\_\_\_ Geburtsort / Geburtsname \_\_\_\_\_ Steuer-ID \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

Güterstand:  gesetzl. Güterstand (Zugewinnngemeinschaft)  notariell vereinb. Gütergemeinschaft  notariell vereinb. Gütertrennung

Kinder:  ja; davon aktuell unterhaltsberechtig (Anzahl) \_\_\_\_\_  nein

Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei der \_\_\_\_\_ (Krankenkasse)

Ehepartner / Lebenspartner ist privat versichert; jährliche Einnahmen brutto \_\_\_\_\_ € (bitte Nachweise beifügen)

### 1. Versicherungsverlauf

#### a.) Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / Personenkreis

Selbstständig als \_\_\_\_\_  
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden \_\_\_\_\_ Anzahl der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer (in)  Beamter / Beamtin  Pensionär (in)  Rentner (in)  Hausfrau / Hausmann  Schüler (in)  
 Student (in)  Sozialhilfeempfänger  Erwerbsloser / Erwerbslose  \_\_\_\_\_

#### b.) Weiterversicherung

Als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden am \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

Erlöschen der Familienversicherung am \_\_\_\_\_ Grund \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtstag des Mitglieds, Name der Krankenkasse

Dem Erlöschen steht gleich, wenn für ein Kind die Familienversicherung deshalb nicht besteht, weil der mit ihm verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 5.212,50 EUR) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist. Wird die Versicherung nach dieser Vorschrift beantragt, bitte die Personalien des **nichtversicherten** Elternteils angeben, dessen Gesamteinkommen die genannte Grenze überschreitet.

#### Vorversicherungszeiten

Die freiwillige Krankenversicherung ist nur möglich, wer in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen 12 Monate versichert war. Zeiten der Familienversicherung gelten ebenfalls als Versicherungszeit. Versicherungszeiten aufgrund einer Rentenanspruchstellung bleiben unberücksichtigt. Für Kinder reicht die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil.

| Art der Versicherung | vom | bis | Arbeitgeber/Versicherungsart/<br>Name des Mitglieds, Geburtstag | Versichert bei<br>(Name der Krankenkasse) |
|----------------------|-----|-----|---|---|
|                      |     |     |   |   |
|                      |     |     |   |   |

#### c.) Schwerbehinderter

Voraussetzung ist, dass der Schwerbehinderte, dessen Elternteil oder dessen Ehegatte in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert war  
Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft anzuzeigen

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ v. H. seit \_\_\_\_\_ Tag des Feststellungsbescheides \_\_\_\_\_  
anerkannt durch \_\_\_\_\_ Nachweis (bitte vorlegen)

Vorversicherungszeit

Antragsteller dessen  Vater  Mutter  Ehegatte

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wenn die Vorversicherungszeit nicht erfüllt werden kann: Wegen meiner Behinderung konnte ich diese aus folgenden Gründen nicht erfüllen:

**d.) Rückkehr von einer Auslandsbeschäftigung**

Beschäftigungsaufnahme am: \_\_\_\_\_ Name und Anschrift des Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_  
Vor der Auslandsbeschäftigung versichert gewesen bei

\_\_\_\_\_ bis

## 2. Beitragspflichtige Einnahmen

|  | Monatlich € | Jährlich € |
|--|-------------|------------|
| Lohn / Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung<br>Monatliches Bruttoentgelt (bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen)                                 |             |            |
| Einmalzahlungen (bitte Nachweise beifügen)   |             |            |
| Sonstiger Geldwerter Vorteil (bitte Nachweise beifügen)  |             |            |
| Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit<br>bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen   |             |            |
| Private und gewerbliche Veräußerungsgewinne  |             |            |
| Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung<br>bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen  |             |            |
| Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten, aber<br>ohne Abzug des Sparerfreibetrages, bitte fügen Sie Nachweise bei                |             |            |
| Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten)<br>bitte aktuelle Bescheide beifügen                                       |             |            |
| Art:   |             |            |
| Art:   |             |            |
| Grundsicherung   |             |            |
| Brutto Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte<br>aktuelle Bescheide beifügen  |             |            |
| Art:   |             |            |
| Art:   |             |            |
| Einmalzahlungen:   |             |            |
| Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen   |             |            |
| Abfindung, bitte Bescheid beifügen   |             |            |
| Sonstige Einnahmen, bitte Nachweise beifügen   |             |            |
| Art:   |             |            |
| Art:   |             |            |
| Angaben zum Lebensunterhalt:<br><input type="checkbox"/> Meine Einnahmen liegen unter 1.061,67 €<br>Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____ |             |            |

## 3. Versicherungsumfang

- ohne Krankengeldanspruch     
  mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit

### Soziale Pflegeversicherung:

Diese Anmeldung gilt gleichzeitig als Meldung zur Pflegeversicherung. Mit dem Beginn der freiwilligen Krankenversicherung tritt gleichzeitig die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ein. Angehörige sind ohne Antrag beitragsfrei mitversichert. Der Beitrag ist 3,05 % (zusätzlich eines Beitrags von 0,25 % bei fehlender Elterneigenschaft), es gilt die Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag. Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen.

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

Datum      Telefon      Unterschrift des Mitglieds      Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Hinweis nach dem Datenschutzgesetz: Rechtsgrundlage für die Ermittlung der Daten sind die §§ 28 o SGB IV, 9, 10, 206, 238 a, 239, 240, 248, 289 SGB V, §§ 20 Abs. 3, 50 SGB XI.

Zurück an:

BKK ZF & Partner  
Otto-Lilienthal-Straße 10  
88046 Friedrichshafen

Fax: 07541 3908-1291  
E-Mail: beiträge@bkk-zf-partner.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE 42 BKK 00000 535 235

Mandatsreferenz:

- Mandat für laufende Beträge  
 Mandat für Ratenzahlung

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die BKK ZF & Partner, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK ZF & Partner 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.

Name, Vorname (Versicherter) geb. am KVNR

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name) BIC: (8 oder 11-stellig)

IBAN: (max. 31-stellig)

Datum Ort Unterschrift des Versicherten

Abweichender Kontoinhaber (nicht notwendig bei Gemeinschaftskonto)

Name, Vorname geb. am

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum Ort Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers