



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/ Name des Mitglieds, Geburtstag	Versichert bei (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 Monatliches Bruttoentgelt (bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen)		
Einmalzahlungen (bitte Nachweise beifügen)		
Sonstiger Geldwerter Vorteil (bitte Nachweise beifügen)		
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen		
Private und gewerbliche Veräußerungsgewinne		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen		
Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten, aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages, bitte fügen Sie Nachweise bei		
Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten) bitte aktuelle Bescheide beifügen		
Art:		
Art:		
Grundsicherung		
Brutto Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen		
Art:		
Art:		
Einmalzahlungen:		
Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen		
Abfindung, bitte Bescheid beifügen		
Sonstige Einnahmen, bitte Nachweise beifügen		
Art:		
Art:		
Angaben zum Lebensunterhalt:		
<input type="checkbox"/> Meine Einnahmen liegen unter 1.248,33 €		
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

BIC:

Kreditinstitut (Name)

(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