

Antrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für hauptberuflich selbständig Tätige

Teil 1

Ich möchte zum nächstmöglichen Zeitpunkt Mitglied der BKK Diakonie werden

bzw. zum

Ich möchte die Online Geschäftsstelle der BKK Diakonie nutzen.

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname Telefon

Anschrift E-Mail

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt

Staatsangehörigkeit

Familienstand ledig verheiratet getrennt lebend geschieden seit verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerscha

Haben Sie Kinder? ja nein

Ehegatte privat versichert? ja nein

Krankenversicherungsnummer Steueridentifikationsnummer

Rentenversicherungsnummer

Die nachfolgenden Angaben werden in jedem Fall benötigt: Geburtsdatum

Geburtsname Geburtsort und -land

2. Grund der freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung:

Hiermit beantrage ich den Beitritt zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung aus folgendem Grund:

Beendigung einer bisherigen Familienversicherung zum

Ich war bisher familienversichert über:

Name, Vorname und Geburtsdatum des Hauptversicherten

Erstmalige Aufnahme einer sozialversicherungsfreien Beschäftigung

Wechsel der Krankenkasse
bisherige Krankenkasse

Sonstiges

Beendigung einer bisherigen Pflichtversicherung (in diesem Fall bitte Krankenversicherung der letzten 5 Jahre angeben):

vom/bis Name der Krankenkasse

vom/bis Name der Krankenkasse

vom/bis Name der Krankenkasse

Antrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für hauptberuflich selbständig Tätige

Teil 2

3. Angaben zur Tätigkeit:

- Anzeige eines Gewerbes (Kopie bitte beifügen) ja nein
Ich beschäftige mindestens einen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer ja nein
Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt höchstens 20 Std ja nein
Das Einkommen aus der selbständigen Tätigkeit stellt die Hauptquelle zur Bestreitung meines Lebensunterhaltes dar ja nein

Angaben zu den Einkommensverhältnissen bei freiwilligen Mitgliedern, die hauptberuflich eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben

- Meine Einnahmen betragen jährlich mehr als 56.250,00 Euro
(Bitte im nachfolgenden Teil der Anfrage angeben, wie sich Ihre Einnahmen zusammensetzen.)

4. Art der Einnahmen:

- Einkünfte aus Gewerbebetrieb: Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit: Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €
- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft: Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €
- Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit: Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €
- Einkünfte aus Kapitalvermögen (der Sparerfreibetrag darf nicht abgesetzt werden): Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung: Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung: Seit
Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro
Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €



Antrag zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für hauptberuflich selbständig Tätige

Teil 3

Renten aus dem Ausland: Seit

Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro

Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente): Seit

Art Name der Zahlstelle

Aktenzeichen/Personalkennziffer

Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro

Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €

Gründungszuschuss nach § 57 SGB III: Seit

Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro

Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €

Einstiegsgeld nach § 29 SGB II: Seit

Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro

Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €

Sonstige Einnahmen (z. B. Unterhaltszahlungen): Seit

Monatliche Einnahmen (Ggf. ein Zwölftel des Jahresbeitrages) Euro

Monatliche Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartners Euro €

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und nach bestem Gewissen gemacht.

Jede Änderung meiner Einnahmen werde ich unverzüglich mitteilen.

Sofern mir meine Steueridentifikationsnummer nicht vorliegt, berechtige ich die BKK Diakonie diese über die Zentrale Zulassungsstelle für Altersvermögen (ZfA) anzufordern.

Datenschutzhinweis: Damit wir die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Allgemeine Informationen zum Datenschutz, zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-diakonie.de/datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzbestimmungen der BKK Diakonie gelesen haben und damit einverstanden sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Diakonie meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich bei Rückfragen zur Herstellung der Mitgliedschaft per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Für Beiträge ab dem

1. Persönliche Angaben:

Name Versicherter / Firma

Anschrift

BNR / KVNR

2. Zahlungsempfänger

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Gläubiger-Identifikationsnummer:

BKK Diakonie
Königsweg 8
33617 Bielefeld

Ich ermächtige die BKK Diakonie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK Diakonie 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingen.

3. Bankverbindung

Name (Kontoinhaber) Anschrift

IBAN BIC

Kontonummer Bankleitzahl (BLZ)

Name des Kreditinstituts

Dieses SEPA-Lastschrift-Mandat gilt für folgendes Beitragskonto (falls vom Kontoinhaber abweichend):

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Datenschutzhinweis: Damit wir die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderlichen Daten nach § 284 Abs. 1 Nr. 1 SGB V rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Allgemeine Informationen zum Datenschutz, zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-diakonie.de/datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzbestimmungen der BKK Diakonie gelesen haben und damit einverstanden sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Diakonie meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich bei Rückfragen zur Herstellung der Mitgliedschaft per E-Mail oder Telefon zu kontaktieren. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin