

# 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 selbständiger 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 nichtselbständiger 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 €
- Einstiegs geld 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](http://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

DE29ZZZ00000119339

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 Bedingungen.

## 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](http://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