

*Wir zeigen Ihnen  
den besten Weg*

Freudenberg



## Antrag auf freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung

ICH MÖCHTE AB \_\_\_\_\_ MITGLIED DER BKK WERDEN.

Name, ggf. Geburtsname

Vorname

männlich

weiblich

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon, E-Mail

(privat)

(dienstlich)

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Familienstand

### DIE VERSICHERUNG WIRD BEANTRAGT WEGEN

Ende der Versicherungspflicht

Ende der Familienversicherung

Krankenkassenwechsel

Ich war zuletzt krankenversichert bei (Name der Krankenkasse/Geschäftsstelle)

von

bis

Freiwilliges Mitglied

Pflichtversicherter

Familienversichert

Ich habe Kinder.

Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern.

Gerne sendet Ihnen die BKK Freudenberg das Formular zu!

Mein Ehegatte ist selbst versichert  nein  ja bei \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse

Bitte **Angaben für Ihren Ehegatten** auch, wenn

- ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll
- Sie keine mitversicherten Angehörigen haben. Danke!

**BKK Freudenberg**

Höhnerweg 2-4  
69465 Weinheim

**Matthias Pohl**

Tel. 06201 804415  
Fax 06201 884415

E-Mail:  
**Internet**

mpohl@bkk-freudenberg.de  
**www.bkk-freudenberg.de**

**Service-Zeiten:** Montag bis Donnerstag: 08:00 – 17:00 Uhr, Freitag: 08:00 – 16:30 Uhr und nach Vereinbarung!

**bitte wenden**

## EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

- Mein monatliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung von **3.825,00 Euro**. Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht.  
Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen in Euro/Cent	des Versicherten		des Ehegatten**	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (bitte Nachweise beifügen, z. B. Gehaltsabrechnung)				
Einmalzahlung (Weihnachts-/Urlaubsgeld, u.ä.) (bitte Nachweise beifügen, z. B. Gehaltsabrechnung)				
Renten aus der Sozialversicherung (bitte Rentenbescheid beifügen)				
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, u. a. / bitte Bescheid beifügen)				
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Zuschüsse / bitte Bescheid beifügen)				
Sonstige Einnahmen (bitte geeignete Nachweise beifügen)				

\*\* Angaben zum Einkommensverhältnis Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

## FÜR EXISTENZGRÜNDER

- Ich beziehe einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (bitte Bescheid beifügen).
- Ich habe noch keinen Einkommensteuerbescheid und beantrage eine einstweilige Festsetzung nach den voraussichtlichen Einnahmen. Nach Erhalt des ersten Einkommensteuerbescheids aus der selbständigen Tätigkeit erfolgt eine Korrektur für die Vergangenheit.  
**Hinweis:** Wenn Sie die einstweilige Festsetzung nicht beantragen, werden Ihre Einnahmen auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit **3.825,00 Euro** festgesetzt.

## KRANKENGELDANSPRUCH

- Ich wähle für meinen Versicherungsschutz ab dem Beginn meiner selbständigen Tätigkeit den Anspruch auf gesetzliches Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit zum allgemeinen Beitragssatz von 15,50% (die Bindefrist für diese Wahlentscheidung beträgt 3 Jahre).

## BEITRAGSZAHLUNG

Die Beiträge können bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden:

Bank		
Kontonummer	Bankleitzahl	Name des Kontoinhabers und Unterschrift (falls nicht mit Versicherungsnehmer identisch)

## Datum und Unterschrift

Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind auf Grund gesetzlicher Vorschriften notwendig. Angaben zu Telefon, E-Mail und Bankverbindung sind freiwillig, helfen uns aber, Ihre Anliegen schneller zu bearbeiten. Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.