

Mitgliedschaftsantrag

Ich werde ab

freiwilliges Mitglied der BKK EUREGIO.

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	
PLZ	Wohnort	Staatsangehörigkeit	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> LPartG <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet			
Rentenversicherungsnummer	Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt		
	Geburtsort	Geburtsname	

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / Personenkreis			
Ich bin...			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)			
Name des Arbeitgebers:			
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):			
Beginn der Beschäftigung:		Bruttoarbeitsentgelt (mtl.)	
<input type="checkbox"/> Gesellschafter / Geschäftsführer			
<input type="checkbox"/> selbständig bzw. freiberuflich tätig			
seit dem			
<input type="checkbox"/> und ohne Anspruch auf das gesetzlichen Krankengeld versichert			
<input type="checkbox"/> und mit Anspruch auf das gesetzlichen Krankengeld versichert seit dem _____			
<input type="checkbox"/> Beamte(r) (bitte Bezügemitteilung beifügen)			
<input type="checkbox"/> Schüler(in) oder Studierende(r) (bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)			
<input type="checkbox"/> Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (bitte Rentenmitteilung beifügen)			
<input type="checkbox"/> Bezieher(in) von Versorgungsbezüge (bitte Nachweis beifügen)			
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger(in) (bitte Nachweis beifügen)			
<input type="checkbox"/>			

Angaben zur Vorversicherung	
Ich war zuletzt...	
<input type="checkbox"/> gesetzlich bei der	
Name der bisherigen Krankenkasse:	
<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> selbst versichert (bitte Kündigungsbestätigung der Vorkasse beifügen)	
<input type="checkbox"/> privat versichert bzw. hatte Anspruch auf freie Heilfürsorge	
<input type="checkbox"/> im Ausland versichert bzw. habe dort gelebt: _____ (Name des Staates)	

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (§ 240 SGB V)	
Meine beitragspflichtigen Einnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2020: 56.250,00 € jährlich / 4.687,50 € monatlich) <input type="checkbox"/> ja ► weitere Angaben zu den Einnahmen sind nicht mehr erforderlich <input type="checkbox"/> nein	
Meine Einnahmen setzen sich zusammen aus...	monatlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (bitte Einkommensteuerbescheid beifügen)	
Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (bitte Nachweis beifügen)	
Renten aus der Sozialversicherung (bitte Rentenmitteilung beifügen)	
Rentenähnliche Einnahmen z. B. Versorgungsbezüge, Betriebsrente (bitte Nachweis beifügen)	
Ausländische Bezüge z.B. Rente, Betriebsrente, Kapitalerträge (bitte Nachweis beifügen)	
Abfindungen aus Beschäftigungsverhältnissen der letzten 2 Jahre (bitte Nachweis beifügen)	
Zinseinkünfte, Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung (bitte Einkommensteuerbescheid beifügen)	
sonstige Einkünfte, z.B. Unterhaltsleistungen u.ä. (bitte Nachweis beifügen)	
Ist Ihr Ehegatte privat versichert bzw. nicht gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte zusätzlich auch die Einkommensnachweise vom Ehegatten beifügen, wenn Frage mit ja beantwortet wurde.	

Feststellung der Beitragshöhe in der Pflegeversicherung
Haben Sie Kinder (leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen, falls noch nicht erfolgt)
Haben Sie Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Zahlungsweg der Beiträge
Ich möchte die Beiträge abbuchen lassen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat liegt bei <input type="checkbox"/> Mein Arbeitgeber überweist die Beiträge <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat liegt nicht vor, bitte zusenden <input type="checkbox"/> Ich werde die Beiträge selbst überweisen

Familienangehörige
<input type="checkbox"/> Ich möchte Angehörige (Ehe-/ Lebenspartner/-in, Kinder) beitragsfrei mitversichern. Antrag auf Familienversicherung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> bitte zusenden

Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Telefonnummer (Angabe freiwillig)

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) erhoben und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Rechtsgrundlagen: § 284 SGB V, § 94 SGB XI. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten Sie bei der BKK EUREGIO oder unter www.bkk-euregio.de im Impressum.