

Mitgliedschaftsantrag

Freiwillige Kranken- und soziale Pflegeversicherung



Ihre Krankenkasse
mit Herz und Verstand

Ja, ich werde Mitglied ab dem _____ bzw.
zum nächstmöglichen Termin.

Ihre persönlichen Angaben

Geschlecht weiblich männlich

Familienstand

Name Telefon¹

Vorname E-Mail¹

Geburtsname Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum Krankenversicherungsnummer

Geburtsort Rentenversicherungsnummer

Geburtsland Steueridentifikationsnummer

Straße,
Hausnummer
PLZ, Ort

Ja, der Übermittlung meiner Beiträge an die Finanzverwaltung stimme ich zu.

Mein Ehegatte/ Lebenspartner ist:

selbst gesetzlich versichert privat versichert familienversichert Sonstiges _____

Wie waren Sie bisher versichert?

pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert im Ausland

Wo waren Sie bisher versichert?

Ich war zuletzt vom _____ bis _____ versichert bei der _____.
(Name und Sitz der Krankenkasse)

Ich habe meine Krankenkasse zum _____ gekündigt. Die Kündigungsbestätigung liegt bei. reiche ich nach.

Haben Sie Kinder?

Nein Ja (Bitte Geburtsurkunde beilegen.)

Sind Sie von der Pflegeversicherungspflicht befreit?

Nein Ja (Bitte Nachweis beilegen.)

Angaben zu Ihrer Versicherung bei uns*

Ich bin Arbeitnehmer/in Selbständige/r Freiberufler/in Schüler/in Student/in Rentner/in Beamte/r Pensionär/in
 Gesellschafter/in Geschäftsführer/in Bezieher/in von Grundsicherungsleistungen Sonstiges

Name Arbeitgeber/ Kommune/ Sozialamt/ Rentenversicherung

Betriebsnummer / Kundennummer Ich bin Ehegattin/ Ehegatte Nachkomme des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort Telefon, Ansprechpartner/in

Angaben zu Ihrer selbständigen/ freiberuflichen Tätigkeit*

Ich erhalte: Gründungszuschuss Einstiegsgeld andere Fördergelder _____

Ich bin selbständig tätig seit _____. Ich bin freiberuflich tätig seit _____.

Art der Tätigkeit/ Bezeichnung des Gewerbes
(Bitte Gewerbeanmeldung beilegen.)

Wöchentliche Arbeitsstunden Jährliches Arbeitseinkommen in Euro
(Bitte aktuellsten Steuerbescheid beilegen.)

Beschäftigen Sie Arbeitnehmer? Nein Ja Wie viele?

Bitte beachten Sie die Rückseite

Ihre Einnahmen zum Lebensunterhalt (Einkommensprüfung)*

Ich habe eigene Einnahmen Ja Nein, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____
(z. B. Sachbezüge von Ehepartner, Lebenspartner, Eltern, Angehörigen, eigene Ersparnisse oder ähnliches) **oder**
 finanzielle Unterstützung in Höhe von _____ Euro monatlich

Mein Arbeitseinkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung

Nein Ja. Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge erhalte ich nicht. (Weitere Angaben entfallen.)

Art und Höhe Ihrer Bruttoeinkünfte*

Wir berechnen Ihre Beiträge grundsätzlich von allen Einnahmen, die Sie zum Lebensunterhalt verbrauchen oder verbrauchen könnten.
Bitte legen Sie immer aktuelle Nachweise bei, insbesondere Ihre Einkommensteuer- und Rentenbescheide.

Art der Bruttoeinkünfte (mit Nachweis)	Meine Einnahmen		Einnahmen meines Ehegatten/ Lebenspartners (wenn privat versichert)	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Angaben in Euro:				
Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit (z. B. Arbeitsentgelt, »Minijob«)				
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (z. B. Gewerbe/ Freiberuf)				
Gründungszuschuss, Einstiegsgeld, andere Fördergelder				
inländische/ ausländische Rente/n				
Ruhegehalt, Pension, sonstige Zahlungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften				
Betriebsrente/n, Versorgungsbezüge, Kapitalleistungen oder ähnliches				
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung				
Einkünfte aus Kapitalvermögen (ohne Abzug des Sparer-Pauschbetrages)				
Hilfen zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z. B. Unterhalt, private Versicherungen)				

Beitragszahlung Meine Beiträge werden von Dritten gezahlt: Arbeitgeber Sozialamt Sonstige _____
 Die fälligen Beiträge sollen monatlich von folgendem Konto eingezogen werden:

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige hiermit die atlas BKK ahlmann, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der atlas BKK ahlmann auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE62ZZZ000000079266.

Kontoinhaber/in (Name, Vorname) _____ Kreditinstitut (Name) _____
(falls abweichend vom Antragsteller)

Kontoinhaber/in (Anschrift) _____
(falls abweichend vom Antragsteller)

IBAN _____ BIC _____

Datum, Unterschrift Kontoinhaber/in _____

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.

Sonstiges

- Ja, ich wünsche die beitragsfreie Familienversicherung für meine Angehörigen, die nicht selbst krankenversichert sind.
- Ja, hiermit beantrage ich einen Sozialversicherungsausweis.

Datenerklärung: Ich erkläre hiermit, dass ich wahrheitsgemäße und vollständige Angaben gemacht habe und Änderungen in meinen Verhältnissen oder zu meiner Person der atlas BKK ahlmann unverzüglich mitteilen werde.

- Ja, ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die atlas BKK ahlmann meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über Leistungen und Services der atlas BKK ahlmann – auch telefonisch und per E-Mail oder Fax – zu informieren.
- Ja, ich möchte den Newsletter der atlas BKK ahlmann erhalten. Bitte nutzen Sie zu diesem Zweck die oben genannte E-Mail-Adresse.

Datum, Unterschrift _____ Kundenberater/in _____

***Bitte denken Sie daran, aktuelle Bewilligungsbescheide und Nachweise beizufügen. Herzlichen Dank.**

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten ist zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich und beruht auf § 175 i. V. m. § 284 Sozialgesetzbuch V und § 50 i. V. m. § 94 Sozialgesetzbuch XI. Die Angaben Ihrer Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen den geltenden rechtlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter: www.abKKa.de/datenschutz.