

**BOSCH****BKK**

Antrag auf Anwartschaftsversicherung zur Kranken- und Pflegeversicherung

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Geburtsname		Geschlecht	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Familienstand	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl	Name, Vorname und Geburtsdatum von Kindern unter 25 Jahren ¹	
Feld für weitere Kinder:			
Telefonnummer/Mobil ²		E-Mail ²	
Name der Bank/BIC ²		IBAN ²	
Rentenversicherungsnummer ³	einheitliche Versichertennummer ⁴	Steuer-ID vom Finanzamt	

Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich versichert von	bis	bei (Name der Krankenkasse)
Ich war zuletzt <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert		
Die Anwartschaft wird beantragt ab	Krankenkasse während der letzten 12 Monate	
Grund der Anwartschaft	<input type="checkbox"/> privater Auslandsaufenthalt <small>Die Anwartschaft wegen Privatreisen ist erst bei Abwesenheit ab einer Dauer von 3 Monaten möglich.</small>	<input type="checkbox"/> berufsbedingter Auslandsaufenthalt
Der Auslandsaufenthalt ist geplant	In (Bitte Land angeben) <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> vorübergehend für den Zeitraum	von bis
<input type="checkbox"/> Ich habe mitversicherte Angehörige, die	<input type="checkbox"/> noch in Deutschland bleiben, ggf. bis:	<input type="checkbox"/> sofort mit ins Ausland umziehen
Ggf. Arbeitgeberanschrift im Ausland		
Wie können wir während des Auslandsaufenthaltes Kontakt zu Ihnen aufnehmen?	<input type="checkbox"/> über meine o. g. deutsche Anschrift	<input type="checkbox"/> über meine o. g. E-Mail-Adresse
<input type="checkbox"/> über folgende abweichende Anschrift in Deutschland		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Unterschrift

<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung/Basislastschriftmandat (SEPA)	
<small>Ich ermächtige die Bosch BKK, Zahlungen vom auf der Rückseite benannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften der Bosch BKK einzulösen. Diese Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Kreditinstitut. Mir ist bekannt, dass ich die der Bosch BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen habe. 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.</small>	
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Willenserklärung zum Antrag

Ich erkläre, dass ich alle Fragen (Vorder- und Rückseite) vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass während der Anwartschaft für mich und meine mitversicherten Angehörigen keinerlei Leistungsansprüche gegenüber der Bosch BKK bestehen.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitgliedes
------------	-----------------------------

Angaben zum Ehepartner

(Angaben sind notwendig, wenn Angehörige mitversichert werden. Die Angaben zum Ehegatten sind auch notwendig, wenn nur Kinder mitversichert werden sollen.)

Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsname
einheitliche Versichertennummer ⁴	Geburtsdatum	Geburtsort
Selbst krankenversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name der Krankenkasse	
Monatliches Gesamteinkommen ⁵ <input type="checkbox"/> bis 505,00 Euro	<input type="checkbox"/> nur Minijob	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro (bitte Nachweise beifügen)
Geht der Ehepartner mit ins Ausland? <input type="checkbox"/> Ja, ab <input type="checkbox"/> Nein	Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Angaben zu Kindern

Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsname
einheitliche Versichertennummer ⁴	Geburtsdatum	Geburtsort
Monatliches Gesamteinkommen ⁵ <input type="checkbox"/> bis 505,00 Euro	<input type="checkbox"/> nur Minijob	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro (bitte Nachweise beifügen)
Geht das Kind mit ins Ausland? <input type="checkbox"/> Ja, ab <input type="checkbox"/> Nein	Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsname
einheitliche Versichertennummer ⁴	Geburtsdatum	Geburtsort
Monatliches Gesamteinkommen ⁵ <input type="checkbox"/> bis 505,00 Euro	<input type="checkbox"/> nur Minijob	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro (bitte Nachweise beifügen)
Geht das Kind mit ins Ausland? <input type="checkbox"/> Ja, ab <input type="checkbox"/> Nein	Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsname
einheitliche Versichertennummer ⁴	Geburtsdatum	Geburtsort
Monatliches Gesamteinkommen ⁵ <input type="checkbox"/> bis 505,00 Euro	<input type="checkbox"/> nur Minijob	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro (bitte Nachweise beifügen)
Geht das Kind mit ins Ausland? <input type="checkbox"/> Ja, ab <input type="checkbox"/> Nein	Soll eine Familienversicherung durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

<input type="checkbox"/> Die monatlichen Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden (die Unterschrift des Kontoinhabers auf der Vorderseite ist erforderlich)	<input type="checkbox"/> Die Beiträge werden überwiesen.
BIC	IBAN
Name der Bank/Kreditinstitut	Name des Kontoinhabers
Anschrift Kontoinhaber, wenn abweichend vom Mitglied	

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert (§§10, 284, 289 SGB V, §§50, 94 SGB XI). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bosch-bkk.de/datenschutz

¹ Leiblische Kinder, Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder unter 25 Jahren. | ² Diese Angaben sind freiwillig.

³ Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben. | ⁴ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

⁵ Arbeitsentgelt, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Renten, Versorgungsbezüge, Kapitaleinkünfte, Miet- und Pachteinnahmen