

**BOSCH****BKK**

Antrag zur Kranken- und Pflegeversicherung – Freiwillige Mitgliedschaft

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 ³		IBAN ³	
Rentenversicherungsnummer ⁴	einheitliche Versichertennummer ⁵	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 Mitgliedschaft wird beantragt zum	Krankenkasse während der letzten 12 Monate	
Grund der freiwilligen Versicherung		
<input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Kassenwechsel	<input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland
<input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze	<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht	<input type="checkbox"/> Antragsteller ist Schwerbehinderter
Besteht Anspruch auf Beihilfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bei hauptberuflich Selbständigen besteht die Wahl zwischen <input type="checkbox"/> Versicherung mit Krankengeld	<input type="checkbox"/> Versicherung ohne Krankengeld

Bild für die elektronische Gesundheitskarte

Das Bild

liegt der Bosch BKK vor habe ich im Internet hochgeladen reiche ich nach

Im Internet unter www.bosch-bkk.de/egk stehen Ihnen weitere Möglichkeiten zur Verfügung: Sie können dort digitale Bilder hochladen oder per Webcam selbst aufnehmen und direkt an uns übermitteln.
Das Foto für die eGK ist für alle Versicherten verpflichtend. Kinder unter 15 Jahren brauchen kein Bild einzureichen. Wenn Sie schon einmal ein Bild eingereicht haben, ist dieses noch gespeichert. In diesem Fall ist es nicht erforderlich, ein weiteres Bild einzureichen.

Mitversichernde Angehörige

Ich habe Angehörige, die im Rahmen der kostenfreien Familienversicherung mitversichert werden sollen. Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung zu.



Von Schwerbehinderten auszufüllen, wenn der Antrag aufgrund dieser Schwerbehinderung gestellt wird

Ab wann besteht die Schwerbehinderung?	Ab wann ist die Schwerbehinderung anerkannt?	Grad der Erwerbsminderung (Angabe in Prozent)
Datum des Feststellungsbescheides/Ausweises		Ort des Versorgungsamtes

Schwerbehinderte Menschen können der Bosch BKK freiwillig beitreten, wenn sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und ein Elternteil oder ihr Ehepartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren. Zur Überprüfung der Beitrittsvoraussetzungen geben Sie uns bitte Ihre Versicherungszeiten innerhalb der letzten fünf Jahre auf einem separaten Blatt an.

¹ Leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder unter 25 Jahren. | ² Mit diesen freiwilligen Angaben helfen Sie uns bei Nachfragen. | ³ Angaben freiwillig. | ⁴ Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben. | ⁵ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

Einkommensangaben zur Beitragsberechnung (in Euro)

Die Einkommensangaben zu Ihrem Ehepartner sind im folgenden notwendig, sofern dieser nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

Wie ist Ihr Ehepartner krankenversichert?	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	Krankenkasse des Ehepartners	
Ich habe/wir haben unterhaltspflichtige Kinder	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. Weitere Angaben zu Kindern im separaten Fragebogen.		
Ich bin selbständig tätig (bei Neugründung Gewerbeanmeldung beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	als	ab
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommens- steuerrechts. Bitte den letzten Steuerbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	jährlich	Versicherter Ehepartner
Wöchentliche Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> weniger als 20 Stunden	<input type="checkbox"/> 20 bis 30 Stunden	<input type="checkbox"/> mehr als 30 Stunden	
Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl:	Arbeitnehmer im Minijob	sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer
Existenzgründerzuschuss der Arbeitsagentur	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheid beilegen)		
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn/-gehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. a., bitte aktuellen Gehaltsnachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Einmalzahlungen aus Arbeitsentgelt (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u. a., bitte Gehaltsnachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	jährlich	Versicherter Ehepartner
Abfindung bei Ausscheiden aus der Beschäftigung (bitte Abfindungsvertrag und die letzten Gehaltsabrechnungen beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Rente aus der deutschen Sozialversicherung (bitte Rentenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Rente aus dem Ausland (bitte Rentenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Versorgungsbezüge bzw. rentenähnliche Einnahmen (z. B. Betriebsrenten, Pensionen, Kapitalleistungen u. a., bitte Rentenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Einmalzahlungen aus Versorgungsbezügen (Weihnachtsgeld u. a., bitte Rentenbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	jährlich	Versicherter Ehepartner
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (bitte letzten Steuerbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Einkünfte aus Kapitalvermögen (bitte letzten Steuerbescheid oder Zinsbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Unterhalt ohne Kinderunterhalt bzw. Kindergeld + ohne Wohngeld, bitte Leistungsbescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kinder- und Wohngeld, bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	monatlich	Versicherter Ehepartner
Ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch	<input type="checkbox"/> Ersparnisse	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Familie	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte Art angeben)	

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

<input type="checkbox"/> Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	<input type="checkbox"/> Die Beiträge werden überwiesen.
BIC	IBAN
Name der Bank/Kreditinstitut	Name des Kontoinhabers
Anschrift Kontoinhaber, wenn abweichend vom Mitglied	

Unterschrift

Einzugsermächtigung/Basislastschriftmandat (SEPA)

Ich ermächtige die Bosch BKK, Zahlungen vom o.g. 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.

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.

Ort, Datum | Unterschrift des Mitgliedes