



Antrag zur freiwilligen Versicherung

Personalien

Name		Vorname		Geschlecht
Straße		PLZ	Ort	
Sozialvers.-Nummer ¹	Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Familienstand		Geburtsname	
Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl	<input type="checkbox"/> Nein	Telefon/E-Mail	
Arbeitgeber	Beschäftigt seit/ab		Tätig als	

Versicherungsverhältnis

Ich war zuletzt Pflichtversichert Freiwillig versichert Familienversichert, über
(Name und Vorname des Mitglieds angeben)

Die Mitgliedschaft wird beantragt ab _____ Krankenkasse während der letzten 18 Monate _____

Grund der freiwilligen Versicherung

Ende Familienversicherung Kassenwechsel Rückkehr aus dem Ausland

Überschreiten der Versicherungsgrenze Ausscheiden aus der Versicherungspflicht Antragsteller ist Schwerbehinderter

Besteht Anspruch auf Beihilfe? Ja Nein

Bei hauptberuflich Selbstständigen Versicherung mit Krankengeld Versicherung ohne Krankengeld

Einkommensverhältnisse (zwingend erforderlich)

Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit <small>(nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jährlich	Versicherter	Ehepartner
Ich erhalte von der Agentur für Arbeit einen Existenzgründerzuschuss <small>(Wenn Ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung <small>(Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Monatlich	Versicherter	Ehepartner
Einmalzahlungen aus Arbeitsentgelt <small>(Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jährlich	Versicherter	Ehepartner
Rente aus der Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Monatlich	Versicherter	Ehepartner
Rentenähnliche Einnahmen <small>(Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, ausländische Renten u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Monatlich	Versicherter	Ehepartner
Einmalzahlungen aus Versorgungsbezügen <small>(Weihnachtsgeld u. a.)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jährlich	Versicherter	Ehepartner
Einkünfte aus Vermietungen, Pacht und Kapitalvermögen (Zinsen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Jährlich	Versicherter	Ehepartner
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt <small>(ohne Kinder- und Wohngeld)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Monatlich	Versicherter	Ehepartner
Hilfe zum Lebensunterhalt <small>(Sozialhilfe, Mietzuschüsse)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Monatlich	Versicherter	Ehepartner

Angaben zu Ihrem Ehepartner sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Versicherungsverhältnis des Ehepartners

Wie ist der Ehepartner versichert?	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat	Krankenkasse des Ehepartners
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------

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 ²	Ort des Versorgungsamtes	

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

Folgende Angehörige sollen mitversichert werden

Ehepartner	Name	Vorname	Geschlecht
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Beamtenverhältnis
	Geburtsdatum	Ort	Geburtsname
	Selbst kranken-versichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name und Sitz der Krankenkasse
	Eigenes monatl. Einkommen ²	<input type="checkbox"/> Kein Einkommen	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro <input type="checkbox"/> Über 4 237,50 Euro

Bitte beantworten Sie immer die Fragen zum Ehepartner, wenn Sie die Mitversicherung von Kindern beantragen.

Kind	Name	Vorname	Geschlecht
	Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind
	Geburtsdatum	Ort	Geburtsname
	Schulbesuch/Studium von/bis ³	Wehr-/Zivildienst von/bis ³	
	Eigenes monatl. Einkommen ⁴	<input type="checkbox"/> Kein Einkommen	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro <input type="checkbox"/> Über 375,- Euro

Kind	Name	Vorname	Geschlecht
	Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Stief-/Pflegekind
	Geburtsdatum	Ort	Geburtsname
	Schulbesuch/Studium von/bis ³	Wehr-/Zivildienst von/bis ³	
	Eigenes monatl. Einkommen ⁴	<input type="checkbox"/> Kein Einkommen	<input type="checkbox"/> Höhe in Euro <input type="checkbox"/> Über 375,- Euro

Ich habe noch weitere Familienangehörige, die ich mitversichern möchte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

Name der Bank/Kreditinstitut	BLZ	Kontonummer
Name des Kontoinhabers	Unterschrift des Kontoinhabers	<input type="checkbox"/> Lastschrift ⁵ <input type="checkbox"/> Überweisung

Unterschrift	Datum	Unterschrift
---------------------	-------	--------------

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. Die Angabe der Telefonnummer und der E-Mail-Adresse ist freiwillig.

- ¹ Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.
- ² Bitte Schwerbehindertenausweis oder Kopie beifügen.
- ³ Bitte bei Kindern ab 23 Jahren eine Schul-/Studienbescheinigung, bei Wehr- oder Zivildienst bitte Dienstbescheinigung beifügen.
- ⁴ Anzugeben ist das Bruttoeinkommen. Dazu zählen z.B. Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Arbeitsentgelt, Rente, Versorgungsbezüge, Miete, Pacht, Einkünfte aus Kapitalvermögen.
- ⁵ Die Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Geldinstitut.