

**BOSCH****BKK**

Antrag zur Pflegeversicherung

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geburtsname	Geschlecht	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Familienstand	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsangehörigkeit
Telefonnummer/Mobil ¹	E-Mail ¹	
Rentenversicherungsnummer ²	Einheitliche Versichertennummer ³	

Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich versichert von _____ bis _____ bei (Name der Krankenkasse) _____

Ich war zuletzt pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert

Die Pflegeversicherung wird beantragt ab

Angaben zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses

Ich bin anderweitig pflegeversichert (Mitglied einer anderen Pflegekasse, Familienversicherung, private Pflegeversicherung) Ja Nein

Ich lebe im Ausland

Ich habe meinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland ab _____ voraussichtlich bis _____ dauerhaft

Dieser ist auch gültig für meine Familienangehörigen Ja Nein

Meine Auslandsadresse lautet (sofern nicht oben angegeben)

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Staat _____

Ich bin

Soldatin oder Soldat auf Zeit Polizeibeamtin oder Polizeibeamter im Vorbereitungsdienst mit Anspruch auf Heilfürsorge Mitglied einer Solidargemeinschaft

seit/ab _____ voraussichtlich bis _____

Name Dienstort/-stelle _____ Name Solidargemeinschaft _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

¹ Angaben freiwillig

² Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.

³ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

Einnahmen

Mein Jahreseinkommen liegt über 69.750,00 Euro	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	<input type="checkbox"/> Einmalzahlung in Euro
Rente aus deutscher Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	<input type="checkbox"/> Einmalzahlung in Euro
Rente aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	<input type="checkbox"/> Einmalzahlung in Euro
Versorgungsbezüge/Betriebsrente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	<input type="checkbox"/> Einmalzahlung in Euro
Versorgungsbezüge/Betriebsrente aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	<input type="checkbox"/> Einmalzahlung in Euro
selbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	
Kapitalvermögen/Zinsen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	
Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	
Sonstige Einnahmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich in Euro	

Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehefrau, Ehemann, verpartnerte Person, Kind, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen Ja Nein

Zahlungsweg für die Beiträge zur Pflegeversicherung

<input type="checkbox"/> Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden	<input type="checkbox"/> Die Beiträge werden überwiesen.
BIC	IBAN DE
Name der Bank/Kreditinstitut	Name der kontoinhabenden Person
Anschrift der kontoinhabenden Person, 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 der kontoinhabenden Person

Willenserklärung zum Antrag

Ich erkläre, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes