

Ich beantrage die **freiwillige Mitgliedschaft** bei der SKD BKK ab dem _____

Titel		Name		Vorname		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsdatum			Geburtsname, Geburtsort			Familienstand		
Straße mit Hausnummer						Staatsangehörigkeit		
PLZ / Ort						Rentenversicherungsnummer*		
Telefon tagsüber			E-Mail			Lebenslange Krankenversicherungsnummer		

*Soll, sofern Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, eine beantragt werden? ja nein

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 5 Jahren versichert?

(Bitte entsprechende Nachweise/Mitgliedschaftsbescheinigungen beifügen!)

Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			
Name und Anschrift		Zeitraum vom _____ bis _____	
Art der Versicherung: <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert			

Grund der freiwilligen Versicherung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenkassenwechsel | <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aus sonstigen Gründen |
| <input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung | <input type="checkbox"/> der Antragsteller ist schwerbehindert i.S.d. SGB IX |
| <input type="checkbox"/> Rückkehr aus dem Ausland | |

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/Personenkreiszugehörigkeit

<input type="checkbox"/> selbständig tätig	seit _____	<input type="checkbox"/> freiberuflich
Wöchentliche Arbeitszeit (in Stunden) : _____	Anzahl der Beschäftigten: _____	<input type="checkbox"/> gewerbetreibend
(Bitte legen Sie eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei)		
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> Erwerbslose(r)
<input type="checkbox"/> Rentner(in)	<input type="checkbox"/> Pensionär(in)	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann
<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Umschüler(in)	<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> _____

Angaben zum Arbeitgeber (Nur für Beschäftigte!)

Name		Betriebsnummer (bitte beim Arbeitgeber erfragen)	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort		
Telefonnummer des Arbeitgebers/Betrieb		Faxnummer des Arbeitgebers/Betrieb	

Name: _____ **Vorname:** _____
 (bitte Namen und Vornamen ergänzen, falls nicht vorgedruckt)

KV-Nr.: _____

Einkommensverhältnisse

Meine jährlichen Bruttoeinnahmen liegen über **54.450,00 €** und ich beziehe keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung:

ja (weitere Einkommensangaben entfallen) nein (bitte unteren Abschnitt ausfüllen)

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen (Bitte stets Einkommensnachweise beifügen!)		
	monatlich	jährlich
1. Lohn/Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung monatliches Bruttoentgelt (Bitte fügen Sie die letzte Gehaltsabrechnung bei!) Einmalzahlungen (Bitte Nachweis beifügen!) Sonstiger geldwerter Vorteil (Bitte Nachweis beifügen!)		-----
2. Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts) Bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei, ggf. eine Kopie des Bescheides über die Bewilligung von Gründungszuschuss durch die Agentur für Arbeit! (Hinweis: wurde Ihnen Gründungszuschuss bewilligt, geben Sie bitte alle Einnahmen inkl. Gründungszuschuss an, <u>lediglich</u> der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses in Höhe von monatlich 300 € ist nicht anzugeben).	-----	
3. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (Bitte fügen Sie den letzten Einkommensteuerbescheid bei!)	-----	
4. Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages (Bitte Zinsbestätigung der Bank beifügen!)	-----	
5. Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten) (Bitte aktuelle Bescheide beifügen!)		-----
6. Grundsicherung		-----
7. Brutto-Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), (Bitte aktuelle Bescheide beifügen!)		-----
8. Sozialhilfe (Bitte Bescheid beifügen!)		
9. Abfindung (Bitte Vertrag beifügen!)		
10. sonstige Einnahmen (Bitte Nachweise beifügen!) Art: Art:		
11. Angaben zum Lebensunterhalt: <input type="checkbox"/> meine monatlichen Einnahmen liegen unter 1.038,33 €; mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____		

Name:

Vorname:

KV-Nr.:

(bitte Namen und Vornamen ergänzen, falls nicht vordruckt)

Angaben zu den Angehörigen

Mein Ehepartner/Lebenspartner gem. LPartG ist gesetzlich krankenversichert

Mein Ehepartner/Lebenspartner gem. LPartG ist nicht gesetzlich krankenversichert

monatliche Einnahmen (brutto)* € jährliche Einnahmen (brutto)* €

* Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (z.B. den letzten Einkommenssteuerbescheid oder die letzte Gehaltsabrechnung) bei!

Ich habe (Anzahl) unterhaltsberechtigter Kinder (nur anzugeben, wenn der Ehepartner/Lebenspartner gem. LPartG nicht gesetzlich versichert ist)

Sollen Familienangehörige in die Familienversicherung aufgenommen werden?

nein

ja

Bitte senden Sie mir ein entsprechendes Antragsformular zu

Das Antragsformular habe ich bereits vorliegen bzw. an die SKD BKK geschickt

Angaben zum Krankengeldanspruch (Nur für hauptberuflich Selbständige!)

Ich möchte keinen Anspruch auf Krankengeld. (Beitragsberechnung mit dem ermäßigten Beitragssatz zur Krankenversicherung)

Ich wähle den gesetzlichen Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. (Beitragsberechnung mit dem allgemeinen Beitragssatz zur Krankenversicherung)

Ich habe Interesse daran, das gesetzliche Krankengeld zusätzlich aufzustocken, da mein Gewinn regelmäßig über der Beitragsbemessungsgrenze (2019 = 4.537,50 €/Monat) liegt. Bitte senden Sie mir deshalb Informationen zum Krankengeld-Wahltarif der SKD BKK zu.

Angaben zum Pflegeversicherungsbeitrag

(Erläuterung: Kinderlose Mitglieder, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, zahlen einen um 0,25 % erhöhten Pflegeversicherungsbeitrag.)

Ich erziehe kein(e) Kind(er) bzw. habe kein(e) Kind(er) erzogen.

Ich erziehe (ein) Kind(er) bzw. habe (ein) Kind(er) erzogen.

Bitte legen Sie einen Nachweis über Ihre Elternerschaft bei (z.B. Kopie der Geburts- oder Adoptionsurkunde, der Auszug aus dem Familienstammbuch, Kopie des Kinder- oder Erziehungsgeldbescheides).

Zahlungsweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen (gilt nur für Arbeitnehmer)

Die Beiträge werden von Dritten gezahlt (z.B. Sozialhilfeträger)

Die Beiträge werden von mir selbst gezahlt

Zahlung der Beiträge via Lastschrift* Überweisung

Name der Bank Kontoinhaber

IBAN

BIC

*Hinweis: Wenn Sie unser Angebot des Lastschriftverfahrens nutzen, buchen wir die Beiträge immer fristgerecht von Ihrem Konto ab. So fallen keine zusätzlichen Kosten, wie z.B. Säumniszuschläge, an. Sie erhalten rechtzeitig vor der ersten Abbuchung einen Beitragsbescheid von uns sowie eine Mitteilung der Gläubiger-ID und der Mandatsreferenznummer.

Name:**Vorname:****KV-Nr.:**

(bitte Namen und Vornamen ergänzen, falls nicht vordruckt)

Datenübermittlung zur steuerlichen Berücksichtigung von Beiträgen

- Hiermit erkläre ich die Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung der gezahlten und erstatteten Beiträge, damit diese steuerliche berücksichtigt werden können (Geltendmachung des Sonderausgabenabzugs an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen.

Meine Steuer-Identifikationsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Falls keine Steuer-Identifikationsnummer angegeben wurde, erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese von der SKD BKK beim Bundeszentralamt für Steuern angefordert werden darf.
- Nein, ich stimme der Übermittlung nicht zu. Mir ist bekannt, dass mir dadurch gegebenenfalls steuerliche Nachteile entstehen können.

Erklärung

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

--

Ort, Datum



Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 284 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) und ist zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.skd-bkk.de/datenschutz.

