

Anmeldung zur freiwilligen Versicherung

**AKZO NOBEL
BAYERN**



BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

Fax: 06022 7069-8240
E-Mail: beitraege@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-240

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

Persönliche Angaben (Pflichtangaben)

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		ggf. Geburtsname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> nicht verheiratet	Staatsangehörigkeit	
Krankenversicherungsnummer	wurden Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____	wurde Rente beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____	
Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> erfüllt (bitte Geburtsurkunde zwingend beifügen, da sich Auswirkungen auf den Beitragssatz ergeben.) <input type="checkbox"/> kinderlos		Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst krankenversichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	
Kind	Name, Vorname	Geburtsdatum	
1			
2			
3			
4			
5			

Freiwillige Angaben

Telefon	E-Mail
IBAN D E _____	

Angaben zur bisherigen Versicherung

Die freiwillige Krankenversicherung sowie Pflegeversicherung wird beantragt <input type="checkbox"/> wegen Ausscheidens aus der Pflichtmitgliedschaft <input type="checkbox"/> wegen Ende der Familienversicherung	Versicherungsart <input type="checkbox"/> Pflichtmitgliedschaft <input type="checkbox"/> Freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Familienversicherung
Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung vom - bis _____	bisherige Krankenkasse



Derzeitige/Zukünftige Einnahmen/Geldmittel monatlich (brutto)

Art	eigene Einnahmen €	Ehe-/Lebenspartner €
selbständige /freiberufliche Tätigkeit		
Beschäftigungsverhältnis		
Vermietung und Verpachtung		
Einkünfte aus Kapitalerträgen		
Renten		
Versorgungsbezüge		
Sozialhilfe		
sonst. Einnahmen/Geldmittel		
Art:		

Bitte Nachweise und Bescheide in Kopie beifügen!

Wenn ohne Einnahmen/Geldmittel	
Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch (z. B. Ersparnis, Familie)	in Höhe von von monatlich €

Die Beiträge

<input type="checkbox"/> sollen abgebucht werden: Bitte SEPA-Mandat zurücksenden <input type="checkbox"/> werden überwiesen - bei Überweisung durch das Sozialamt bitte mit Adressangabe	Adressangabe für Überweisung
---	------------------------------

Umfang der Versicherung

Für Familienangehörige – Ehegatte/Lebenspartner/Kinder – wird jeweils eine Familienversicherung geltend gemacht
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte einen gesonderten Erhebungsbogen ausfüllen)

Einwilligung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten genutzt werden, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Themen im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Diese Einwilligung ist freiwillig. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.
- Ich willige ein, dass die BKK Akzo Nobel im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflicht für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf, soweit ich diese nicht angegeben habe, und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Absatz 2a Satz 4 ESTG). Die Einwilligung ist freiwillig. Die BKK Akzo Nobel unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge für das Beitragsjahr. Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich bei der BKK Akzo Nobel widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der BKK Akzo Nobel vorliegen. Die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf der Einwilligung bleibt bestehen.

Steuer-ID

Angaben zum Krankengeldanspruch (Nur für hauptberufliche 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. (Beitragsrechnung mit dem allgemeinen Beitragssatz zur Krankenversicherung)

Unterschrift

Datum	Telefon	Unterschrift	Unterschrift gesetzlicher Vertreter
-------	---------	--------------	-------------------------------------

Datenschutz: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) werden zur Bearbeitung des Antrages sowie zur Erledigung unserer gesetzlichen Aufgaben nach den §§ 206, 284 SGB V sowie den §§ 94,50 SGB XI benötigt und gespeichert. Damit wird diese Aufgabe vollumfänglich wahrnehmen können, beachten sie bitte die Mitwirkungspflichten gemäß §§ 60 ff. SGB I. Bei fehlenden Angaben kann es zu Verzögerungen oder sogar zu Ablehnungen von Ihnen beantragter Leistungen kommen. Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erfolgen Datenübermittlungen an die Träger der Renten- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, an Arbeitgeber und Zahlstellen, an die Versorgungsverwaltung. Nähere Informationen zu Ihren erweiterten Datenschutzrechten erhalten Sie auf unserer Website unter www.bkk-akzo.de/datenschutz oder in unserer Geschäftsstelle. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@bkk-akzo.de oder unter der oben angegebenen Adresse.