

Anmeldung zur freiwilligen Versicherung

Eingangsstempel

**AKZO NOBEL
BAYERN**
63784 Obernburg



Angaben zur Person:

Krankenversicherungsnummer

Name, Vorname

Anschrift

wurden Leistungen bei der
Agentur für Arbeit beantragt? nein ja, am _____

Geburtsdatum ggf. Geburtsname

wurde Rente beantragt? nein ja, am _____

Geschlecht Familienstand Staatsangehörigkeit

männlich verheiratet
 weiblich nicht verheiratet

Elterneigenschaft

erfüllt (**bitte Geburtsurkunde zwingend beifügen, da sich Auswirkungen auf den Beitragssatz ergeben.**)
 kinderlos

Mein Ehe-/Lebenspartner ist selbst krankenversichert nein ja bei _____

Freiwillige Angaben:

Telefon	E-Mail
IBAN	

Die freiwillige Krankenversicherung sowie Pflegeversicherung wird beantragt:

wegen Ausscheidens aus der Pflichtmitgliedschaft wegen Ende der Familienversicherung

Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung

vom - bis Krankenkasse:

Versicherungsart:

Pflicht-
mitglied Renten-
an-
tragsteller Frei-
Mitglied Familien-
versicherung

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: _____

in Höhe von monatlich: _____ €

Die Beiträge:

- sollen abgebucht werden: Bitte SEPA-Mandat zurücksenden
 werden überwiesen - bei Überweisung durch das Sozialamt bitte mit Adressangabe:

bitte wenden

Umfang der Versicherung:

Für **Familienangehörige** – Ehegatte/Lebenspartner/Kinder – wird jeweils eine Familienversicherung geltend gemacht:

- nein 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 Mitteilungspflichten 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.
(Beitragsberechnung mit dem allgemeinen Beitragssatz zur Krankenversicherung)

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 wir diese Aufgaben 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 unten angegebenen Adresse. Telefonisch erreichen Sie diesen unter 06022.7069200.

Als gesetzlicher Vertreter bin ich
mit der Anmeldung einverstanden

Datum

Telefon

Unterschrift

Unterschrift