

Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung und Pflegeversicherung ab _____



Angaben zur Person			
Name, Vorname		Anschrift	
Familienstand	mein Ehegatte ist krankensversichert.	gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/>	Ich habe Kinder nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> (entsprechende Nachweise sind beifügt) davon sind unterhaltspflichtig:
Bezieher einer Rente ab: Rentenversicherungsnummer: Wenn Nummer nicht bekannt:		Rentenversicherungsträger:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:	
Selbstständig als:	seit:	Anzahl der im Betrieb beschäftigten vers.pflichtigen Arbeitnehmer:	
Gewerbeanmeldung/Kopie bitte beifügen		wöchentlicher Zeitaufwand in Stunden:	

Versicherungsverhältnis		
Letzte Krankenkasse	vom	bis
Freiwillige Versicherung bei BKK Pfalz ab	Ich wünsche Krankengeldanspruch ja <input type="checkbox"/> (Unterlagen werden mit gesonderter Post zugesandt)	

Einkommensverhältnisse (bitte entsprechende Nachweise beifügen, z.B. Steuerbescheid)

Meine jährlichen Einnahmen übersteigen die für das Jahr 2021 geltende Beitragsbemessungsgrenze von 58.050 Euro.
(Falls ja, brauchen Sie die nachfolgenden Felder 1. bis 11. nicht ausfüllen, außer Sie erhalten eine gesetzliche Rente oder einen Versorgungsbezug)

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen	mtl.	jährl.	des Versicherten in €	des Ehegatten / Lebenspartner in €
1. Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts)				
2. Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Brutto Gehalt, Einmalzahlungen, Sachbezüge, Provisionen)				
3. Rente(n) aus der Sozialversicherung aus dem Inland				
Rente(n) aus der Sozialversicherung aus dem Ausland				
4. Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, u.ä.)				
5. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Zinsen)				
6. Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse)				
7. Unterhalt des früheren Ehegatten, der Eltern usw.				
8. Sonstige Einnahmen/Geldmittel (ohne Kindergeld) Art				
9. Lebenshaltungskosten (wenn keine eigenen Einnahmen vorhanden)				
10. Ich erwarte Versorgungsbezüge *) Sobald ich den Zuerkennungsbescheid erhalten habe, verständige ich Sie.	ja, nein	*) voraussichtlich ab		von welcher Stelle?
11. Wenn ohne Einnahmen/Geldmittel: Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch				in Höhe von monatlich €

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Pfalz erforderlich. Weitere Informationen hierzu und zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkkpfalz.de/datenschutz-und-informationsfreiheit>

_____	_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift	Telefonisch erreichbar