

Freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung (§ 9 / 188 SGB V)

Ich trete nicht aus gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung aus. Ich möchte weiterhin bei der
versichert sein.

bitte Krankenkasse eintragen

1. Personalien

Name	Familienstand	RV.-Nummer oder Geb.-Datum
Vorname	Kind vorhanden: Bitte anklicken; wichtig für Zuschlag kinderlos!!! <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Geburtsname	Geburtsort	
Straße Haus-Nr.	Staatsangehörigkeit	
PLZ Ort	Telefonnummer	
<input type="checkbox"/> arbeitslos		
<input type="checkbox"/> beschäftigt seit	Name und Anschrift des Arbeitgebers	
<input type="checkbox"/> selbständig seit	Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden	Ich erhalte Überbrückungsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Existenz-/Gründungszuschuss <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Einstiegsgeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

2. Bisheriges Versicherungsverhältnis

Letzte bzw. bisherige Krankenkasse	vom	bis
Art der bisherigen Versicherung: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung		
Hinweis: Nach dem Gemeinsamen Rundschreiben des Spitzenverband Bund der Krankenkassen vom 31.07.2013 bedarf es nicht bestimmter Vorversicherungszeiten (Pkt. 1.1.2 Personenkreis)		
Bei Familienversicherung Name und Vorname des Stammversicherten		

3. Grund für die weitere Versicherung

<input type="checkbox"/> Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze	Hinweise: Ich möchte ausdrücklich nicht austreten , da ich weder bei anderen gesetzlichen Krankenkasse (GKV) noch bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert bin. Ich verfüge auch über keinen anderweiten Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Der Empfang von lfd. Leistungen nach dem III, IV, VI oder VII Kapitel des SGB XII bzw. nach § 2 AsylbG steht dem auch nicht entgegen (vgl. GR 31.07.2013 Pkt. 1.1.3 Nr. 3)
<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Versicherungspflicht	
<input type="checkbox"/> Ende der Familienversicherung	
sonstige Bemerkungen:	

4. Umfang des Versicherungsschutzes

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für Wochen/Tage	Freiwillige Versicherung ab:
Krankengeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit	
Krankengeld wird gezahlt, wenn im Falle der Arbeitsunfähigkeit nachweislich ein Einkommensverlust besteht. Die Zahlung von Krankengeld kann jedoch ganz entfallen, wenn zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit kein Einkommen oder Negativeinkünfte nachgewiesen werden.	
Sollen Angehörige mitversichert werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Einkommensverhältnisse

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen in Euro	des Versicherten		des Ehegatten	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts) *1				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld u. a.)				
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u. a.)				
Renten aus Sozialversicherung				
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u. a.) *2				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (abzüglich Abschreibungen und Werbungskosten)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Sparbücher, Wertpapiere inkl. Sparerfreibetrag abzüglich Werbungskosten)				
Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Mietzuschuss)				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld) Wenn ja, Art:				

*1) Bitte Kopie des Einkommensteuerbescheides beifügen

*2) Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Sofern sich meine Einkünfte ändern, werde ich Sie umgehend benachrichtigen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

6. Zahlweg für die Beiträge zur freiwilligen Versicherung

Konto-Nr	Bankleitzahl	Geldinstitut
Name des Kontoinhabers		
<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Firmenzahler

Überweisung durch:

Stadt Heiligenhaus, Fachbereich Soziales.

Gleichzeitig trete ich hiermit etvl. Beiträgerstattungen (§ 26 SGB IV) an die Stadt Heiligenhaus ab. Diese Abtretung kann nur mit Zustimmung der Stadt Heiligenhaus widerrufen werden.

Hinweis:

Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund §240 SGB V und § 57 SGB XI zur korrekten Festsetzung der Beitragshöhe notwendig. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Für die Beitragsberechnung nicht erforderliche Daten können auf dem Steuerbescheid geschwärzt werden. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Antragsprüfung (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

Beitrittsprüfung erfüllt nach §	Beginn der Mitgl.	Name u. Telefon-Nr. des Mitarbeiters	EDV erfasst durch Mitarbeiter
Art des Einkommens	Höhe des Einkommens	Beitr. Satz	