Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Melitta Plus meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich zu einer BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese freiwillige Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

☐ ja, ich bin damit einverstanden ☐ nein, ich bin damit nicht einverstanden

Unterschrift (bei Zustimmung) _____

Einwilligung zur Datenübermittlung

Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Datenübermittlung gemäß § 10 Abs. 2a Einkommenssteuergesetz (EStG) an die Finanzverwaltung.

Meine Steueridentifikationsnummer lautet: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Der Widerruf gilt stets ab dem Folgejahr.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Erklärung

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse sowie meiner persönlichen Verhältnisse werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnung führen.

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die beigefügten Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. ***Hinweis:*** Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Ich wurde geworben von/ Werbeprämie*:

(Gilt nur für Neumitgliedschaften und nur, wenn o.g. Person nicht unmittelbar vorher BKK Melitta Plus versichert war)

Name, Vorname: _____ Mitglieds-Nr./Geburtsdatum: _____

IBAN: DE☐☐ BLZ ☐☐☐☐☐☐☐☐ Kto.Nr. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC: _____

* Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.

Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Rentenversicherungsnr.: _____ Geburtsname: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§9, 10, 206 SGB V/§ 50 SGB XI. Die Angabe zur Telefonnummer ist freiwillig.

Grund der freiwilligen Versicherung:

☐ selbstständig als: _____ ab: _____
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____
Anzahl der versicherungspflichtig Beschäftigten: _____

☐ Arbeitnehmer als: _____ ab: _____
Arbeitgeber: _____

☐ Beamter
Dienstbezeichnung: _____ Dienstherr: _____

☐ Rentner ☐ Rentenantragsteller ☐ Pensionär, Altenteiler

☐ Sozialhilfeempfänger Sozialamt: _____

☐ arbeitslos

☐ Kind
☐ Schüler/Student ab: _____ vorraussichtlich bis: _____
☐ Meisterschüler ab: _____ vorraussichtlich bis: _____

☐ Ehegatte / Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei:

☐ Ehegatte / Lebenspartner ist privat versichert bei: _____
Monatliche Einkünfte brutto: _____ Euro, bitte Nachweise beifügen
Jährliche Einkünfte brutto: _____ Euro, bitte Nachweise beifügen
Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: _____

☐ geschieden, Scheidung ist rechtskräftig ab: _____
bisher familienversichert durch: _____

☐ Anwartschaftsversicherung bei berufl. Auslandsaufenthalt (ohne zu versichernde Angehörige)

BKK Melitta Plus
Immer an meiner Seite

Ihre Ansprechpartner:

Aileen Mündermann	Telefon:	0571 9759-1168	Fax:	0571 9759-1268
Julia Robock	Telefon:	0571 9759-1166	Fax:	0571 9759-1266
Frank Siebrasse	Telefon:	0571 9759-1165	Fax:	0571 9759-1265
Hanna Wrede	Telefon:	0571 9759-1193	Fax:	0571 9759-1293

Einkommensverhältnisse (Angaben in Euro)

Meine Einkünfte betragen mehr als 4.425,00 Euro monatlich und eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. ☐ ja ☐ nein (Wenn ja, brauchen die nachstehenden Fragen nicht beantwortet zu werden.)

Art und Höhe der Bruttoeinnahme	**des Versicherten** monatlich	jährlich	**des Ehegatten** monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid bei)				
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid bei)				
Lohn/Gehalt aus nicht selbstständiger Arbeit, voraussichtliche Bruttoeinkünfte inkl. Einmalzahlungen z.B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld im Jahr 2018 (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				
Einkünfte aus Kapitalvermögen, vermindert, um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (bitte fügen Sie den letzten Einkommenssteuerbescheid bei)				
Auslandsrente (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				
Renten z.B. Alters-, Hinterbliebenen und Unfallrente (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)				
Bruttoversorgungsbezüge z.B. Pensionen und Betriebsrenten (bitte fügen Sie den aktuelle Bescheid bei)				
Sozialhilfe (bitte fügen Sie den aktuellen Bescheid bei)				
Abfindung (bitte fügen Sie den Vertrag bei)				
Sonstige Einkünfte (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)				

☐ Ich erhalte einen Gründungszuschuss nach §93 Abs. 1 SGB III (bitte fügen Sie einen Nachweis bei)

☐ Ich verfüge nicht über eigene Einkünfte. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

☐ Als Existenzgründer ist mir ein Nachweis der beitragspflichtigen Einkünfte zurzeit nicht möglich. Ich erkläre, für das Jahr Einkünfte von mtl. zu erwarten. (bitte fügen Sie die Gewerbeanmeldung bei)

*Versicherungsverhältnis - Vorversicherung**

von	bis	Krankenkasse	Art der Versicherung
			☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert
			☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert

* bei Kassenwechsel bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Krankengeldanspruch

☐ Ich wünsche eine Versicherung ohne Krankengeldanspruch

☐ Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit wünsche ich eine Versicherung mit einem Krankengeldanspruch ab der 7. Woche

Krankengeld ist nur für hauptberuflich Selbstständige wählbar. Beim Abschluss des gesetzlichen Krankengeldes ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit wird ab dem 01.01.2017 der allgemeine Beitragssatz von 14,6% zzgl. des kassenindividuellen Zusatzbeitrages von 1,1% erhoben. An die Wahl des Krankengeldes ist der Antragsteller 3 Jahre gebunden. Diese Bindungswirkung bleibt auch bei Kassenwechsel erhalten.
Die Höhe des Krankengeldes wird nach den gesetzlichen Vorgaben unter Berücksichtigung des regelmäßigen beitragspflichtigen Arbeitseinkommens (ungeachtet der Regelungen zur Mindestbeitragsbemessungsgrundlage) berechnet. Bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, die ein Negativeinkommen oder ein Arbeitseinkommen unterhalb der Mindestbemessungsgrundlage erzielen, bedeutet dies, dass Krankengeld nicht oder nur aus der tatsächlichen Höhe des Arbeitseinkommens gezahlt wird. Des weiteren kann Krankengeld nur gezahlt werden, wenn Arbeitseinkommen aufgrund der Arbeitsunfähigkeit wegfällt.
Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht, wenn ein Anspruch auf Krankengeld gewählt wurde.

Beitragszahlung

☐ Die fälligen Beiträge sollen vom Konto abgebucht werden.

IBAN: DE BLZ KtoNr. Bank: _____

BIC: _____ Kontoinhaber: _____

☐ Die Beiträge werden von Dritten (z.B. Arbeitgeber) überwiesen: _____

Die Beiträge werden vom Sozialamt _____ überwiesen.

Beginn der Versicherung

Ich beantrage die Versicherung zum _____. (Bitte beachten Sie, dass sie freiwillige Versicherung grundsätzlich mit dem Tage nach dem Ende der bisherigen Versicherung/Mitgliedschaft beginnt)

Pflegeversicherung

Kinderlose zahlen vom 01.01.2005 an in der Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 %. Ausgenommen sind alle Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie alle Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren wurden. Dieser Beitragszuschlag ist von Ihnen allerdings dann nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen wird. Ein Nachweis ist nicht erforderlich, wenn ein Kind während der Zeit von 1994 bis jetzt für mindestens 1 Tag kostenlos über Sie bei der BKK Melitta Plus versichert war. Ansonsten reicht ein kopierter Nachweis (z.B. Geburts- oder Adoptionsurkunde, Vaterschaftsanerkennung etc.) aus.

☐ Das 23. Lebensjahr wurde noch nicht vollendet, bzw. ich bin vor dem 01.01.1940 geboren

☐ Mein Kind war von 1994 bis jetzt mindestens 1 Tag bei der BKK Melitta Plus familienversichert

☐ Nachweis liegt bei ☐ Ich habe keine Kinder

Familienangehörige

Ich möchte ***Ehegatte / Kinder familienversichern:***

☐ nein ☐ ja, bitte senden Sie mir einen ***Antrag auf Familienversicherung*** zu.

BKK Melitta Plus
Immer an meiner Seite