

Mitgliedschaftsantrag

Ich werde ab

freiwilliges Mitglied der BKK EUREGIO.

Name		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer			Geburtsdatum
<input type="text"/>			<input type="text"/>
PLZ	Wohnort		Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> LPartG <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet			
Rentenversicherungsnummer		Bitte ausfüllen, falls die Rentenversicherungsnummer nicht bekannt ist	
<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zum Personenkreis

Ich bin...

 Arbeitnehmer(in)

Name des Arbeitgebers:	<input type="text"/>		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	<input type="text"/>		
Beginn der Beschäftigung:	<input type="text"/>	Bruttoarbeitsentgelt (mtl.)	<input type="text"/>

 Gesellschafter / Geschäftsführer

 selbständig bzw. freiberuflich tätig

seit dem	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

 und ohne Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld versichert

 und mit Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld versichert seit dem _____

 Beamte(r) (bitte Bezügemitteilung beifügen)

 Schüler(in) oder Studierende(r) (bitte Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)

 Rentner(in) / Rentenantragsteller(in) (bitte Rentenmitteilung beifügen)

 Bezieher(in) von Versorgungsbezug (bitte Nachweis(e) beifügen)

 Sozialhilfeempfänger(in) (bitte Nachweis beifügen)

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt...

 gesetzlich bei der

Name der bisherigen Krankenkasse:	<input type="text"/>
--	----------------------

 familienversichert selbst versichert

 privat versichert bzw. hatte Anspruch auf **freie Heilfürsorge**
 im Ausland versichert: _____ (Name des Staates) zuletzt

 im Ausland (Name des Staates) _____ wohnhaft

Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (§ 240 SGB V)	
Meine beitragspflichtigen Einnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2024: 62.100,00 € jährlich / 5.175,00 € monatlich) <input type="checkbox"/> ja ► weitere Angaben zu den Einnahmen sind nicht mehr erforderlich <input type="checkbox"/> nein	
Meine Einnahmen setzen sich zusammen aus...	monatlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (bitte Einkommensteuerbescheid beifügen)	
Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (bitte Nachweis beifügen)	
Rente/-en aus der Sozialversicherung (bitte Rentenmitteilung/-en beifügen)	
Rentenähnliche Einnahmen z.B. Versorgungsbezüge, Betriebsrente/-en (bitte Nachweise beifügen)	
Ausländische Bezüge z.B. Rente, Betriebsrente, Kapitalerträge (bitte Nachweise beifügen)	
Abfindungen aus Beschäftigungsverhältnissen der letzten zwei Jahre (bitte Nachweise beifügen)	
Zinseinkünfte, Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung (bitte Einkommensteuerbescheid beifügen)	
sonstige Einkünfte, z.B. Unterhaltsleistungen u.ä. (bitte Nachweise beifügen)	
Ist Ihr Ehegatte privat versichert bzw. nicht gesetzlich versichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte zusätzlich auch die Einkommensnachweise vom Ehegatten beifügen, wenn Frage mit ja beantwortet wurde.	
Feststellung der Beitragshöhe in der Pflegeversicherung	
Haben Sie Kinder (leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen)	
Haben Sie Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)	
Zahlungsweg der Beiträge	
Ich möchte die Beiträge abbuchen lassen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat liegt bei <input type="checkbox"/> Mein Arbeitgeber überweist die Beiträge <input type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat liegt nicht vor, bitte zusenden <input type="checkbox"/> Ich werde die Beiträge selbst überweisen	
Familienangehörige	
<input type="checkbox"/> Ich möchte Angehörige (Ehe-/ Lebenspartner/-in, Kinder) beitragsfrei versichern. Antrag auf Familienversicherung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> bitte zusenden	

Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Telefonnummer (Angabe freiwillig)

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) erhoben und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Rechtsgrundlagen: § 284 SGB V, § 94 SGB XI. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten Sie bei der BKK EUREGIO oder unter www.bkk-euregio.de im Impressum.