



Erklärung über freiwillige Versicherung bei der BKK der Grillo-Werke AG

Name, Vorname, ggf. Geburtsname _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____ Geburtsort _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft

Straße _____ PLZ/ Wohnort _____

Rentenversicherungsnummer _____ Tel.-Nr. _____

Steuer-Identifikationsnummer _____

Bankverbindung bei Kreditinstitut _____

BIC _____ IBAN _____

Falls Sie nicht selbst Kontoinhaber sind: Name, Vorname, Anschrift des Kontoinhabers

1. Krankenversicherung

Ich möchte der BKK der Grillo-Werke AG freiwillig beitreten, wegen

Ende der Pflichtversicherung am _____

Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit.

Ich versichere mich ohne Anspruch auf Krankengeld zum ermäßigten Beitragssatz.

Ich versichere mich mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit zum allgemeinen Beitragssatz. An diese Wahl bin ich drei Jahre gebunden.

Derzeit besteht eine Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein

Meine monatliches Einkommen liegt über der Beitragsbemessungsgrenze

Ende der Familienversicherung am

Grund

Überschreiten der Altersgrenze

Scheidung, Rechtskräftigkeit des Urteils am _____

Angaben zum Stammversicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anderer Grund _____

2. Pflegeversicherung

Pflegeversicherung bei der BKK der Grillo-Werke AG
Freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.
Die beitragsrechtlichen Regelungen entsprechen weitestgehend denen der Krankenversicherung.
Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind - zusammen mit den Krankenversicherungsbeiträgen – an uns zu zahlen.

Pflegeversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen (Bitte Nachweis erbringen).

Ich habe Kinder Nein Ja (bitte Nachweis beifügen)

3. Familienversicherung

Ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern. Bitte senden Sie mir einen Fragebogen zu.

Meine Familie ist über mich bei der BKK der Grillo-Werke AG versichert. Bitte führen Sie die Familienversicherung unverändert fort.

Name, Vorname:

KV-Nr.

4. Meine monatlichen Bruttoeinnahmen

Art des Einkommens (Brutto)	Bitte Nachweis(e) beifügen!	monatlich in €	jährlich in €
Lohn/ Gehalt/ Dienstbezüge/ Sachbezüge aus unselbstständiger Beschäftigung			
Einmalzahlungen wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld, sonstige einmalige Zahlungen			
Sonstiger geldwerter Vorteil			
Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit oder Leistungen für Existenzgründer von der Agentur für Arbeit			
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. von der KBS, Deutsche Rentenversicherung Bund): _____			
Einkünfte aus Provisionen			
Rentenähnliche Einnahmen (z.B. Versorgungsbezüge, Betriebs - und Zusatzrenten) Einmalzahlungen (z. B: Weihnachtsgeld)			
Unfall- oder Kriegsbeschädigtenrente, ausländische Renten, private Renten (ohne gesetzliche Leistungen zur Deckung eines durch Körperschaden verursachten Mehrbedarfs)			
Ruhegehalt, Pension oder ähnliches, ggf. mit Sonderzahlungen, nach beamtenrechtlichen Vorschriften			
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung			
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen) ohne Abzug des Sparerfreibetrages/ Sparer-Pauschbetrages			
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z.B. <input type="checkbox"/> geringfügiger Beschäftigung, <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld, <input type="checkbox"/> Sozialhilfe, <input type="checkbox"/> Grundsicherungsrente, <input type="checkbox"/> Abfindungen, <input type="checkbox"/> Sonstiges _____)			
Überbrückungsgeld des Arbeitgebers Wird oder wurde die Erstattung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrages bei Ihrem Arbeitgeber beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ich beziehe keine der zuvor genannten Einnahmen . Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch (bitte Nachweis beifügen) _____ <input type="checkbox"/> Mein Ehepartner/ Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei _____ <input type="checkbox"/> Mein Ehepartner/ Lebenspartner ist privat oder über die freie Heilfürsorge krankenversichert Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder _____			
Einkünfte des nicht gesetzlich versicherten Ehepartners/ Lebenspartners			
Wir weisen darauf hin, dass Sie nach § 206 SGB V verpflichtet sind, uns jede Änderung Ihrer Einkünfte, die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder die Beantragung einer gesetzlichen Rente unaufgefordert mitzuteilen. Die Datenerfassung erfolgt unter Beachtung der entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.			
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die BKK der Grillo-Werke AG, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK der Grillo-Werke AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.			
Kreditinstitut (Name)	(BIC)	(IBAN)	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00001251021			
Mandatsreferenz: (wird später mitgeteilt)			
		_____ Datum, Ort und Unterschrift	
<input type="checkbox"/> Ich stehe in einem Arbeitsverhältnis. Der Gesamtbetrag wird durch meinen Arbeitgeber überwiesen			
(Anschrift des Arbeitgebers)			

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die BKK der Grillo-Werke AG meine persönlichen Daten im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes an die für mich zuständige Finanzverwaltung übermittelt. Meine Steuer-Identifikationsnummer habe ich Ihnen oben mitgeteilt.

Ich bin mir bewusst, dass ohne mein Einverständnis die geleisteten Versicherungsbeiträge nicht gemeldet und somit nicht steuerlich geltend gemacht werden können

(Ort, Datum)

(Unterschrift)