

Weiterversicherung / freiwillige Versicherung ab dem _____._____._____

ZFBKK

Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten anzuzeigen

Nachname	Vorname
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Krankenversicherungsnr.
Geburtsort / Geburtsname	Steuer-ID

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Güterstand: ☐ gesetzl. Güterstand (Zugewinnngemeinschaft)
☐ notariell vereinb. Gütergemeinschaft
☐ notariell vereinb. Gütertrennung

Kinder: ☐ ja; davon aktuell unterhaltsberechtig (Anzahl) _____ ☐ nein

☐ Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich versichert bei der _____ (Krankenkasse)

☐ Ehepartner / Lebenspartner ist privat versichert; jährliche Einnahmen brutto _____ € (bitte Nachweise beifügen)

1. Versicherungsverlauf

a.) Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / Personenkreis

☐ Selbstständig als _____

Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden _____ Anzahl der Beschäftigten _____

☐ Arbeitnehmer/-in ☐ Beamter / Beamtin ☐ Pensionär/-in ☐ Rentner/-in ☐ Hausfrau / Hausmann

☐ Schüler/-in ☐ Student/-in ☐ Sozialhilfeempfänger ☐ Erwerbsloser / Erwerbslose

☐ _____

b.) Weiterversicherung

Als Mitglied aus der Versicherungspflicht ausgeschieden am _____ Grund _____

Erlöschen der Familienversicherung am _____ Grund _____

Name, Vorname, Geburtstag des Mitglieds, Name der Krankenkasses _____

Dem Erlöschen steht gleich, wenn für ein Kind die Familienversicherung deshalb nicht besteht, weil der mit ihm verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 5.512,50 EUR) übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist. Wird die Versicherung nach dieser Vorschrift beantragt, bitte die Personalien des nichtversicherten Elternteils angeben, dessen Gesamteinkommen die genannte Grenze überschreitet.

Vorversicherungszeiten

Die freiwillige Krankenversicherung ist nur möglich, wer in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen 12 Monate versichert war. Zeiten der Familienversicherung gelten ebenfalls als Versicherungszeit. Versicherungszeiten aufgrund einer Rentenanstellung bleiben unberücksichtigt. Für Kinder reicht die Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil.

Art der Versicherung	vom - bis	Arbeitgeber / Versicherungsart / Name des Mitglieds, Geburtstag	Versichert bei (Name der Krankenkasse)

c.) Schwerbehinderter

Voraussetzung ist, dass der Schwerbehinderte, dessen Elternteil oder dessen Ehegatte in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert war. Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft anzuzeigen.

Grad der Behinderung _____ v. H. seit _____ Tag des Feststellungsbescheides _____
anerkannt durch _____ Nachweis (bitte vorlegen)

Vorversicherungszeit

☐ Antragsteller dessen ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Ehegatte

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____ vom _____ bis _____

Wenn die Vorversicherungszeit nicht erfüllt werden kann: Wegen meiner Behinderung konnte ich diese aus folgenden Gründen nicht erfüllen:

d.) Rückkehr von einer Auslandsbeschäftigung

Beschäftigungsaufnahme am: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Vor der Auslandsbeschäftigung versichert gewesen bei _____ bis _____

2. Beitragspflichtige Einnahmen

Art der Versicherung	Monatlich €	Jährlich €
Lohn / Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung		
Monatliches Bruttoentgelt (bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen)		
Einmalzahlungen (bitte Nachweise beifügen)		
Sonstiger Geldwerter Vorteil (bitte Nachweise beifügen)		
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen		
Private und gewerbliche Veräußerungsgewinne		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen		
Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten, aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages, bitte fügen Sie Nachweise bei		
Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, ausländische Renten) bitte aktuelle Bescheide beifügen Art:		
Art:		
Grundsicherung		
Brutto Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen Art:		
Art:		
Einmalzahlungen:		
Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen		
Abfindung, bitte Bescheid beifügen		
Sonstige Einnahmen, bitte Nachweise beifügen Art:		
Art:		
Angaben zum Lebensunterhalt: ☐ Meine Einnahmen liegen unter 1.318,33 € Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch		

3. Versicherungsumfang

☐ ohne Krankengeldanspruch ☐ mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit

Soziale Pflegeversicherung:

Diese Anmeldung gilt gleichzeitig als Meldung zur Pflegeversicherung. Mit dem Beginn der freiwilligen Krankenversicherung tritt gleichzeitig die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ein. Angehörige sind ohne Antrag beitragsfrei mitversichert. Der Beitrag ist 3,4 % (zusätzlich eines Beitrags von 0,6 % bei fehlender Elterneigenschaft), es gilt die Bemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag. Der Beitrag zur Pflegeversicherung ist zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum	Telefon	Unterschrift des Mitglied	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
-------	---------	---------------------------	---

Hinweis nach dem Datenschutzgesetz: Rechtsgrundlage für die Ermittlung der Daten sind die §§ 28 o SGB IV, 9, 10, 206, 238 a, 239, 240, 248, 289 SGB V, §§ 20 Abs. 3, 50 SGB XI.

Zurück an:

ZF BKK
88043 FriedrichshafenFax 07541 3908-1291
beiträge@zfbkk.deGläubiger-Identifikationsnummer:
DE 42 BKK 00000 535 235

Mandatsreferenz:

- ☐ Mandat für laufende Beträge
☐ Mandat für Ratenzahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die ZF BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ZF BKK 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Nachname	Vorname
----------	---------

Geburtsdatum	Krankenversicherungsnr.
--------------	-------------------------

Straße / Nr.	PLZ / Ort
--------------	-----------

IBAN:

BIC, Geldinstitut:

Datum	Ort	Unterschrift des Versicherten
-------	-----	-------------------------------

☐ Abweichender Kontoinhaber (nicht notwendig bei Gemeinschaftskonto)

Nachname	Vorname
----------	---------

Geburtsdatum

Straße / Nr.	PLZ / Ort
--------------	-----------

Datum	Ort	Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers
-------	-----	---