

Antrag auf freiwillige Versicherung

Name, Vorname		Geburtsdatum		Vermittlernummer
Straße		Telefonnummer		
PLZ/Ort		E-Mail		
Rentenversicherungsnummer		gewünschter Vers.beginn		
				Agentur

Tätigkeit

(z.B. Selbständiger, Student, Hausfrau etc.) _____

Einnahmen Art/Höhe der derzeitigen/künftigen jährlichen Bruttoeinnahmen inkl. Einmalzahlungen

	Versicherter	Ehegatte*
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit <small>(Gewinn nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensst.rechts) Bitte fügen Sie den letzten Steuerbescheid und eine aktuelle Gewinnermittlung bei.</small>		
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung <small>(Bruttolohn/-gehalt, Sachbezüge, Provision etc.) Bitte fügen Sie eine Entgeltbescheinigung unter Angabe der Einmalzahlungen bei.</small>		
Renten aus der Sozialversicherung <small>Bitte fügen Sie eine Kopie der letzten Rentenanpassungsmitteilung bei</small>		
Rentenähnliche Einnahmen <small>Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen etc. - bitte fügen Sie die letzte Anpassungsmitteilung bei.</small>		
Vorruhestandsgeld <small>Bitte fügen Sie einen Steuerbescheid bei.</small>		
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Zinsen) <small>Bitte fügen Sie den letzten Steuerbescheid bei.</small>		
Sonst. Einnahmen zum Lebensunterhalt <small>Bitte Nachweis beifügen (z.B. Unterhaltszahlungen)</small>		
Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse) <small>Bitte Bescheid des Sozialamtes beilegen</small>		

Salus BKK

Postfach 1161
63231 Neu-Isenburg
Tel. 06102 29 09-0
Fax 06102 29 09-99

Ich habe keine eigenen Einnahmen, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt...

durch meinen Ehegatten. Sein Bruttoeinkommen beträgt monatl. _____ EUR

durch... _____ mit monatl. _____ EUR

Falls Einnahmen nicht vorhanden sind:

Meine Lebenshaltungskosten belaufen sich monatlich auf _____ EUR

Bitte spezifizieren Sie diese Kosten (regelmäßige Ausgaben):

Miete	Versicherung	Kost	Kleidung	Sonstige

service@salus-bkk.de
www.salus-bkk.de

Bankverbindungen:

Ost:
Commerzbank Erfurt
BLZ 820 400 00
Kto-Nr.: 11 37 27 200

West:
SEB AG Frankfurt
BLZ 500 101 11
Kto-Nr.: 12 81 650 200

Angabe der Vorversicherungszeiten

von	bis	Krankenkasse	Pflicht	Rentner	Freiwillig	Familien
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die Erfüllung der Vorversicherungszeit von 24 Monaten in den letzten 5 Jahren oder von durchgehend 12 Monaten vor dem Beitritt ist Voraussetzung für die Eröffnung einer freiwilligen Versicherung. Daher bitten wir um vollständige und korrekte Angaben.

Teilnahme an einem Behandlungsprogramm

- Ich war bei meiner bisherigen Krankenkasse aufgrund einer Erkrankung in ein besonderes Behandlungsprogramm eingeschrieben und bitte Sie um weitere Informationen zu diesbezüglichen Angeboten der Salus BKK.

Familienstand

- ledig verheiratet eingetr. Lebenspartnerschaft geschieden

Kinder

Ich habe Kinder, davon sind zur Zeit unterhaltsberechtig.

- Bitte senden Sie mir einen Antrag auf Familienversicherung
Bitte senden Sie uns einen Nachweis Ihrer Elterneigenschaft (Geburtsurkunde o.ä.), anderenfalls wird aufgrund des Kinderberücksichtigungsgesetz in der Pflegeversicherung seit 1.1.2005 ein Zuschlag von 0,25% erhoben.

Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen jeweils zum 15. des Folgemonats von folgendem Konto abgebucht werden:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber	Kontonummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bankleitzahl	Bank
<input type="text"/>	
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers	
<input type="radio"/> Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen <input type="radio"/> Die Beiträge werden überwiesen von...	
<input type="text"/>	
Anschrift des Überweisenden	

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen unverzüglich mitteilen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift



Wichtige Hinweise zu den Beiträgen freiwillig Versicherter:

Die Beitragsbemessung erfolgt nach Ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Dazu gehören sämtliche Einnahmen zum Lebensunterhalt. Bei Einkünften aus der selbständigen Tätigkeit ist der steuerliche Gewinn maßgebend. Ein Verlustausgleich zwischen verschiedenen Einkunftsarten ist nicht zulässig.

Bitte beachten: Der Antrag auf freiwillige Versicherung ist innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der Pflichtversicherung bzw. der Familienversicherung zu stellen.

Schüler/Studenten haben neben den Verdienstnachweisen noch eine aktuelle Schul-/Studienbescheinigung beizufügen. Wichtig: Der Beitragsbescheid erfolgt in der Regel vorläufig, bis der Steuerbescheid des maßgeblichen Jahres eingereicht wird.

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf § 9, 206, 240, 241 bis 243 und § 248 Abs. 2 SGB V sowie § 50 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Die Angaben zur Telefonnummer sind freiwillig. Wir versichern Ihnen, daß Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden.