

Ich wähle die Mitgliedschaft in der Heimat Krankenkasse ab

Die Erklärung zu den Zahlen in den Klammern entnehmen Sie bitte der Ausfüllhilfe (s. Rückseite).

Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsname		Telefon, tagsüber erreichbar	Mobilnummer
Straße	Hausnummer	E-Mail	
PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit	
Rentenversicherungsnummer [1]		Geburtsort	Geburtsland

Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden, seit

Mein Ehe-/Lebenspartner nach dem LpartG ist versichert bei

Tätigkeit

Beschäftigter Auszubildender Student [2] Elternzeit Sonstige [z.B. Hausfrau/-mann [3], Schüler [4]]

selbstständig / feiberuflich [5] Rentner [6] ALG/ALG II Bezieher [7]

Nur für Selbstständige / Freiberufler: Ich beantrage gesetzliches Krankengeld (ab der 7. Woche) Krankentagegeld Wahltarif kein Krankengeld

Zusätzliche Einnahmen

Neben den Einnahmen der angegebenen Tätigkeiten erhalte ich zusätzlich Versorgungsbezüge [10] Rente [6]

Arbeitgeber

Firmenname		Telefonnummer der Personalabteilung (falls bekannt)	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Vorversicherung – bitte die letzten 18 Monate angeben

Ich war zuletzt: pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privatversichert [8] nicht versichert

vom bis letzte Krankenkasse [9]

Beitragszahlung

Die Beiträge zahlt: Arbeitgeber Leistungserbringer [11] überweise ich selbst sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden

Kontonummer	BLZ	Name der Bank	
Kontoinhaber Name (nur wenn abweichend vom Antragsteller)		Kontoinhaber Vorname (nur wenn abweichend vom Antragsteller)	

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?

ja nein **Wenn „Ja“ angekreuzt wird, bitte beiliegenden Familienbogen ausfüllen.**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, von der Heimat Krankenkasse und den von ihr beauftragten Dienstleistern per Telefon oder E-Mail über Leistungen und Angebote im Gesundheitsbereich sowie Zusatzangebote ihrer Partner informiert zu werden.

ja nein

Datum Ort

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X):
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150
Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

▶ AUSFÜLLHILFE

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei und füllen Sie außerdem die „Beitrittserklärung Teil 2“ (s. unten) aus!

1. Bitte vom Sozialversicherungsausweis / Gehaltsabrechnung entnehmen. Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte unbedingt unbedingt das Feld Geburtsort und -land sowie Geburtsname ergänzen.
2. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.
3. Bitte Nachweis über das eigene Einkommen sowie des Ehepartners beifügen. Bei Kindern (nur gemeinsam unterhaltsberechtigter Kinder) eine Versicherungsbescheinigung beifügen, sofern diese nicht in der gesetzlichen Familienversicherung versichert sind.
4. Schulbescheinigung beifügen.
5. Bitte Kopie des aktuellen Steuerbescheids und der Gewerbeanmeldung beifügen.
6. Bitte Kopie des Rentenbescheids der Deutschen Rentenversicherung und / oder eine Bescheinigung über ausländische Renten beifügen.
7. Bitte Kopie des aktuellen Bescheids der zuständigen Agentur für Arbeit / Arbeitsgemeinschaft beifügen.
Bitte unbedingt Kundennummer angeben.
8. Bitte Bescheinigung der zurückgelegten Versicherungszeiten in der privaten Krankenversicherung beifügen.
9. Bitte eine Kopie der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse beifügen.
Bitte beachten Sie: Der Beitritt kann nur erfolgen, wenn eine Kopie der Kündigungsbestätigung vorliegt.
[Entfällt, wenn Sie in den letzten 18 Monaten familienversichert oder nicht gesetzlich krankenversichert waren.]
10. Bitte Kopie des Bescheids (Betriebsrente, Pension, Kapitalleistungen aus Direktversicherungen o. Ä.) beifügen.
11. Leistungserbringer sind unter anderem die Rentenversicherungsträger, die Agentur für Arbeit und die Arbeitsgemeinschaft.

▶ BEITRITTSERKLÄRUNG TEIL 2 / BÜRGERENTLASTUNGSGESETZ

Mit dem von der Bundesregierung erlassenen Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (kurz: Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) wurden ab 2010 über 16 Mio. Bürgerinnen und Bürger um ca. 10 Mrd. € jährlich steuerlich entlastet.

Wen betrifft das Bürgerentlastungsgesetz?

Seit dem 1. Januar 2010 können freiwillig versicherte Arbeitnehmer, Selbstständige, pflichtversicherte Studenten und Rentner mit Versorgungsbezügen ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Sonderausgaben in der Steuererklärung voll absetzen.

Was muss die Heimat Krankenkasse tun?

Damit die Finanzverwaltung die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich berücksichtigen kann, hat der Gesetzgeber für alle gesetzlichen Krankenkassen eine Mitteilungspflicht eingeführt. Dieser Mitteilungspflicht muss die Heimat Krankenkasse bei den Versicherten nachkommen, die ihre Beiträge selbst an die Heimat Krankenkasse zahlen. Das heißt: Für den eingangs genannten Personenkreis teilen wir der zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung mit. Dabei werden die Beitragsanteile, die auf einen Krankengeldanspruch entfallen, abgezogen (pauschal 4 %). Die Meldung bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern erfolgt nicht über die Heimat Krankenkasse, sondern direkt über den Arbeitgeber.

Was müssen Sie als Mitglied der Heimat Krankenkasse tun?

Bei Neumitgliedern erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn Sie ausdrücklich zustimmen. Dazu bitten wir Sie, die vorliegende Einverständniserklärung unterschrieben und diese zusammen mit der Beitrittserklärung an uns zurückzuschicken. Bitte beachten Sie: Um die Meldung an die ZfA vornehmen zu können, ist Ihre Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID.) erforderlich. Liegt uns diese noch nicht vor, können wir sie beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) anfordern. Auch dafür brauchen wir Ihre Einverständniserklärung. Wir informieren Sie, welche Beiträge wir pro Beitragsjahr an die ZfA gemeldet haben.

Bitte beachten Sie:

Im Falle einer unterbliebenen Einwilligung dürfen wir Ihre gezahlten und erstatteten Beiträge nicht an die Finanzverwaltung melden. Sie verzichten dann auf den Vorteil, dass diese Beiträge bereits in der Steuererklärung berücksichtigt werden. Sie können die Einwilligung auch noch später erteilen. Eine nachträgliche Datenübermittlung ist jedoch nur längstens für die zwei vorausgegangenen Kalenderjahre möglich.

Einverständniserklärung zum Bürgerentlastungsgesetz.

- Mit der Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung, dass die Heimat Krankenkasse die Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID.) bei der Finanzbehörde anfordern darf.
 Ebenfalls stimme ich der jährlichen Übermittlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzbehörde zu, sofern ich zum betroffenen Personenkreis gehöre.

Name, Vorname

Steuer-ID. (falls bekannt)

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift