

Gilt gleichzeitig als Anmeldung zur sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 3 SGB XI)

Persönliche Angaben

| | | | |
|--|--|---|--|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich | |
| Geburtsname* | | Telefon, tagsüber erreichbar** Mobilnummer** | |
| Straße Hausnummer | | E-Mail** | |
| PLZ Ort | | Geburtsort* Staatsangehörigkeit* | |
| Krankenversicherungsnummer Steuer-ID | | *Nur auszufüllen, wenn noch keine Sozialversicherungsnummer vergeben wurde. **freiwillige Angabe | |

Familienstand

Familienstand: Ledig Verheiratet Getrennt lebend Geschieden

Kommt der Ehe-/Lebenspartner für Ihren Unterhalt auf? Nein Ja

Kinder: Nein Ja [Bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen.]

Anzahl der Kinder

Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| Vom Bis | | Letzte Krankenkasse* | |
| Versicherungsart: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Familienversichert | | | |
| Vom Bis | | Letzte Krankenkasse* | |
| Versicherungsart: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Familienversichert | | | |

*Bitte die Bescheinigung der Vorkasse beifügen (sofern nicht Heimat Krankenkasse).

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:

Werbung Arbeitgeber persönliches Umfeld Internet Printmedien

Grund der freiwilligen Krankenversicherung

Ende der Beschäftigung am*

Beendigung einer anderweitigen Pflichtversicherung am

Übertritt als freiwilliges Mitglied von einer anderen Kasse ab | Bisherige Krankenkasse

Anwartschaftsversicherung bei beruflich bedingtem Auslandsaufenthalt [ohne Leistungsansprüche während des Auslandsaufenthaltes]

Rückkehr von einer Auslandsbeschäftigung am* | Beschäftigungsaufnahme am

Schüler/Meisterschüler (Nachweis liegt bei) seit

Scheidung, Scheidungsurteil (lt. beigefügtem Urteil) rechtskräftig am

Beendigung der Familienversicherung Familienangehöriger aufgrund der Mitgliedschaft des/der Ehegatten Vaters Mutter

Name, Vorname | Geburtsdatum

Vollendung des 23. bzw. des 25. Lebensjahres | Ende der Schulausbildung [Nachweis liegt bei] am

*Der Beitritt ist innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung/Rückkehr anzuzeigen.

Beihilfeansprüche

Ich bin beihilfe-/heilfürsorgeberechtigt, bzw. ich habe mich von der Pflegeversicherung befreien lassen.
[Nachweis liegt bei.]

Familienversicherung

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?

Nein Ja [Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung liegt bei.]

► FREIWILLIGE VERSICHERUNG TEIL 2

Anmeldung zur freiwilligen Versicherung

Ich wähle die freiwillige Versicherung in der Heimat Krankenkasse ab

Tätigkeit

Ohne Beschäftigung Bezug von Sozialgeld

Eine Beschäftigung/Tätigkeit wird ausgeübt.

Art der Beschäftigung/Tätigkeit

Selbstständig Ich beantrage gesetzliches Krankengeld (ab der 7. Woche).

Art des Gewerbes

Höhe der beitragspflichtigen Einkünfte

Vor Abzug von Sonderausgaben, Freibeträgen, Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen – einschließlich steuerfreie Einnahmen.
(Anzugeben sind sämtliche eigene Einkünfte. Ist der Ehegatte privat versichert, sind dessen Einkünfte immer anzugeben.)

Mein Ehegatte ist **nicht** gesetzlich versichert.

Mein Ehegatte ist gesetzlich versichert.

Name der Krankenkasse

Gesamteinnahmen in Euro

01. Lohn/Gehalt/Dienstbezüge (brutto)

Monatlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

02. Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung

Monatlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

03. Einmalige Sonderzahlungen (brutto)
(z. B. Urlaubsgeld, Tantiemen etc.)

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

04. Aus selbstständiger Arbeit (brutto) lt.
Einkommensteuerbescheid

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

05. Versorgungsbezüge/Pension/Betriebsrente
(brutto)

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

06. Rente(n) aus der gesetzlichen Rentenver-
sicherung (Rentenbeitrag ohne Zuschuss)

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

07. Abfindungen/Entschädigungen vom
bisherigen Arbeitsentgelt

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

08. Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen,
auch wenn geringer als der Sparerfreibetrag)

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

09. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung lt.
Einkommensteuerbescheid

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

10. Sozialhilfe

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

11. Unterhalt des geschiedenen oder getrennt
lebenden Ehegatten (ohne Kinderunterhalt)

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

12. Sonstige Einnahmen

Monatlich

Jährlich

Eigene Einkünfte in Euro

Einkünfte des Ehegatten in Euro

Art der Einnahmen

13. Wenn ohne Einnahmen

Monatlich

In Höhe von

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch

Als Nachweis sind Fotokopien der entsprechenden Unterlagen (z. B. Gehaltsbescheinigung, letzter Einkommenssteuerbescheid, Bescheid des Sozialamtes, Renten- oder Versorgungsbescheid u. Ä.) vorzulegen.

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet habe und Änderungen (z. B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich anzeigen werde. Die Mitgliedschaft erlischt durch eine Austrittserklärung mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem der Austritt schriftlich erklärt wird (Bindungsfrist 18 Monate).

Datum

Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an. Bei Fragen wenden Sie sich an die Heimat Krankenkasse oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@heimat-krankenkasse.de.

► **FREIWILLIGE VERSICHERUNG TEIL 3**

Einzugsermächtigung

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl

Kontonummer

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet habe und Änderungen (z. B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich anzeigen werde. Die Mitgliedschaft erlischt durch eine Austrittserklärung mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem der Austritt schriftlich erklärt wird (Bindungsfrist 18 Monate).

Datum

Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Allgemeine Angaben

Ich bin von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreit.

Nein Ja (Nachweis ist beifügt.)

Ich bin von der Rentenversicherungspflicht auf Antrag befreit.

Nein Ja (Nachweis ist beifügt.)

Ich bin von der Pflegeversicherung auf Antrag befreit.*

Nein Ja (Nachweis ist beifügt.)

Ich bin Beamtin/Beamter.

Nein Ja

Ich beziehe eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung.

Nein Ja

Ich habe eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt.

Nein Ja

Ich beziehe rentenähnliche Einnahmen [z. B. Betriebsrente, Pensionen etc.].

Nein Ja

*Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung wird grundsätzlich auch die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung begründet, sofern keine Befreiung von der Pflegeversicherung besteht.

Finanzverwaltung

Ermittlung der steuerlichen Identifikationsnummer für die Übermittlung der Beiträge zur steuerrechtlichen Berücksichtigung im Rahmen des Sonderausgabenabzuges

Ich stimme zu, dass die Heimat Krankenkasse die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung übermittelt:

Nein Ja (Bitte Steueridentifikationsnummer eintragen.)

Steueridentifikationsnummer

Datum

Ort

Unterschrift (bei Minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an. Bei Fragen wenden Sie sich an die Heimat Krankenkasse oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@heimat-krankenkasse.de.

Persönliche Angaben

| | | | |
|---------------|------------|--------------|----------------------------|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | Krankenversicherungsnummer |
| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |

Familienstand

Familienstand: Ledig Verheiratet Getrennt lebend Geschieden

Kommt der Ehe-/Lebenspartner für Ihren Unterhalt auf? Nein Ja

Kinder: Nein Ja (Bitte Nachweis der Elterneigenschaft beifügen.)

Anzahl der Kinder

Fragen zur Selbstständigen Tätigkeit

Seit wann üben Sie die selbstständige Tätigkeit aus? Seit dem

Um welche Tätigkeit handelt es sich? Genaue Bezeichnung

Wie viele Stunden, einschließlich Vor- und Nacharbeiten, üben Sie die selbstständige Tätigkeit wöchentlich aus? Arbeitszeit in Stunden

Ich beziehe als Existenzgründer einen Gründungszuschuss. Nein Ja
 (Bitte Bescheid von der Agentur für Arbeit beifügen.)

Wie hoch sind die jährlichen Einkünfte aus Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit?* Jahreseinkommen in Euro

Sind die Einkünfte aus der selbstständigen Erwerbstätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhaltes? Nein Ja

Welche monatlichen Einkünfte erzielen Sie außerdem?* Monatlich in Euro (brutto) Was

Werden Sie bei der Bestreitung des Lebensunterhaltes unterstützt? Nein Ja

Durch wen In welcher Form

*Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen. Falls Ihnen noch kein Einkommensteuerbescheid vorliegen sollte, bitten wir um eine gewissenhafte Schätzung.

Gewerbe

Haben Sie ein Gewerbe angemeldet? Nein Ja Seit

(Nachweis ist beigelegt.)

In meinem Betrieb habe ich: Keine Mitarbeiter gegen Entgelt beschäftigt Entgeltlich geringfügig beschäftigte Mitarbeiter: Mitarbeiterzahl

Sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter beschäftigt: Mitarbeiterzahl

Kontakt

Ich bin tagsüber unter folgenden Telefonnummern erreichbar (freiwillige Angabe): Telefon Mobil

Datenschutzhinweis:

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 SGB V in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf unserer Webseite www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der Heimat Krankenkasse informieren und beraten zu können, auch per E-Mail oder Telefon. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall werden die persönlichen Daten bei der Heimat Krankenkasse gelöscht.

ja, ich bin einverstanden

Datum Ort

Unterschrift des Versicherten