

## 1 Persönliche Angaben

Geschlecht  Männlich  Weiblich  Divers  Unbestimmt

Titel		Geburtsdatum		Geburtsname	
Name, Vorname		Geburtsort		Geburtsland	
Straße		Hausnummer		Staatsangehörigkeit	
Adresszusatz		IBAN (freiwillige Angabe)			
PLZ		Ort		E-Mail (freiwillige Angabe)	
Steuerliche Identifikationsnummer		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)			

**Familienstand:**  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

**Elterneigenschaft:** Haben Sie Kinder?  ja (Bitte Nachweis beifügen)  nein

Es besteht ein Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften (bitte Nachweis beifügen):  ja  nein

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern:  ja  nein

## 2 Angaben zur Tätigkeit

**Grund der freiwilligen Versicherung:**

Selbstständigkeit ( mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche. Falls dies gewünscht ist, erhalten Sie noch einen gesonderten Antrag von uns.)

Erwerbslos/Haushaltsführende Person  Empfänger von Sozialhilfe  Beamter  (Meister-)Schüler/Student

Sonstiges:

## 3 Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
Versichertennummer	oder	Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer		

Ich habe keine der Nummern vorliegen (Bitte unter „Persönliche Angaben“ eintragen: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit)

**Wie sind Sie aktuell versichert?**  Ich bin **gesetzlich versichert**  Ich bin **familienversichert**  Ich bin **im Ausland** versichert  
Bitte wählen:  pflichtversichert  freiwillig versichert

**Anlass des Krankenkassenwechsels:**  **Beginn der Versicherungsberechtigung** (bei Beitritt/Wechsel in die freiwillige Versicherung)  
 **Kündigung** (nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist)  
 **Sonderkündigung** (vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist, z. B. bei Erhöhung des Zusatzbeitrages)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Werbung  Ehemaliger Arbeitgeber  Persönliches Umfeld  Sonstiges:

### Hinweis zum Datenschutz

Für die Mitgliedschaft bei der Heimat Krankenkasse benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an.

### Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen (auch per E-Mail, Telefon oder SMS). Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Heimat Krankenkasse ohne nachteilige Folgen widerrufen (auch per E-Mail unter [datenschutz@heimat-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@heimat-krankenkasse.de)).

Ja, ich bin einverstanden

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift
--------------

# Mitgliedschaftsantrag freiwillig Versicherte



## 4 Höhe der beitragspflichtigen Einkünfte

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

Mein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (LPartG) ist **nicht** gesetzlich versichert.

Mein Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (LPartG) ist gesetzlich versichert.

Gesamteinnahmen in Euro	Monatlich	Jährlich	Eigene Einkünfte in Euro	Einkünfte des Ehegatten/ Lebenspartners (LPartG) in Euro
01. Lohn/Gehalt/Dienstbezüge (brutto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02. Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Einmalige Sonderzahlungen (brutto) (z. B. Urlaubsgeld, Tantiemen, Abfindungen/ Entschädigungen vom bisherigen Arbeitsentgelt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04. Aus selbstständiger Tätigkeit (brutto) lt. Einkommensteuerbescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05. Versorgungsbezüge (brutto) (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten, betrieblich oder privat finanzierte Kapitalleistungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. Gesetzliche Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, sowie ausländische Renten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen, auch wenn geringer als der Sparerfreibetrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung lt. Einkommensteuerbescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09. Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Unterhalt des geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner (LPartG) [ohne Kindesunterhalt]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Sonstige Einnahmen <input type="text" value="Art der Einnahme"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Wenn ohne Einnahmen	<input type="text" value="Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch"/>		<input type="text" value="In Höhe von monatlich"/>	

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

Ich bin von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreit.  ja (Nachweis beigefügt)  nein

Ich habe eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt.  ja  nein

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet habe und Änderungen (z. B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich anzeigen werde.

<input type="text" value="Datum"/>	<input type="text" value="Ort"/>
------------------------------------	----------------------------------

### 5 SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Heimat Krankenkasse bis auf Widerruf, die fälligen Beiträge vom folgenden Konto einzuziehen. Ich ermächtige die Heimat Krankenkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift des Kontoinhabers

### 6 Weitere Angaben zur selbstständigen Tätigkeit [nur bei Selbstständigkeit auszufüllen]

Seit wann üben Sie die selbstständige Tätigkeit aus?

Um welche Tätigkeit handelt es sich?

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

Ich beziehe als Existenzgründer einen Gründungszuschuss. [Bitte Bescheid von der Agentur für Arbeit beifügen.]

ja  nein

Wie hoch sind die jährlichen Einkünfte aus Ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit?\*

Welche monatlichen Einkünfte erzielen Sie außerdem?\*

Monatlich in Euro (brutto)	Art der Einkünfte
----------------------------	-------------------

Werden Sie bei der Bestreitung des Lebensunterhaltes unterstützt?

ja  nein

Durch wen	In welcher Form
-----------	-----------------

Haben Sie ein Gewerbe angemeldet? (Nachweis ist beigelegt.)

ja  nein

Seit
------

Haben Sie Beschäftigte angestellt?  ja  nein

Anzahl der Beschäftigten
--------------------------

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

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben stehenden Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift des Versicherten