

# Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
**Servicehotline: 0800 2234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Anmeldung zum (Datum)

### Persönliche Angaben

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Straße/Hausnummer			PLZ/Wohnort		
Geburtsdatum		Rentenversicherungsnummer		Versichertennummer	
Geburtsort	Geburtsland	Geburtsname		Staatsangehörigkeit	
Angehörige <input type="checkbox"/> keine (keine Kinder und ledig) <input type="checkbox"/> ledig und Anzahl Kinder _____ (einmalig Nachweis wie Geburtsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Anzahl unterhaltsberechtigter leiblicher Kinder _____ (ggf. bitte Nachweis wie Geburtsurkunde oder Kindergeld beifügen) davon verwandt mit Ehegatten _____ <input type="checkbox"/> Anzahl unterhaltsberechtigter, nicht mit Ihnen verwandter leiblicher Kinder des Ehegatten (Stiefkinder) _____ (ggf. Nachweis hinzufügen) Unterhält der Ehepartner die Kinder alleine ohne Unterhaltszahlung des anderen leiblichen Elternteils? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ehepartner / eingetragener Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> Ehepartner / eingetragener Lebenspartner ist <b>nicht</b> gesetzlich krankenversichert (z. B. privat versichert, über die freie Heilfürsorge oder im Ausland versichert). Nachweis Versicherungsunternehmen beifügen. In diesem Fall Angaben zum Einkommen ergänzen					

### Angaben zum Personenkreis / zur Tätigkeit Selbstständigkeit

Ich bin selbstständig seit _____		als _____	
Gewerbeanmeldung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> ist nicht erforderlich, da freiberuflich		Anzahl der wöchentlichen Arbeitszeit (Std. ø)	
Ich beschäftigte Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl) _____, davon geringfügig beschäftigt _____			
Einordnung der Tätigkeit (haupt- oder nebenberufliche Tätigkeit) <input type="checkbox"/> Ich übe die selbstständige Tätigkeit <b>hauptberuflich</b> aus, die Einkünfte aus der selbstständigen Tätigkeit benötige ich zur Sicherstellung meines Lebensunterhaltes <input type="checkbox"/> Die Mitgliedschaft soll den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit umfassen. Bitte senden Sie mir die Wahlerklärung für den gesetzlichen Krankengeldanspruch zu. Mir ist bewusst, dass der Anspruch erst mit Einreichung des Antrages bestehen kann.		<input type="checkbox"/> Ich übe die selbstständige Tätigkeit <b>nebenberuflich</b> aus, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch folgende Person(en) bzw. andere Einkünfte (ggf. separat detaillierte Angaben) _____ _____	

### Nicht selbstständige Tätigkeit

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer / Arbeitnehmerin <input type="checkbox"/> Pensionärin/Pensionär <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Schüler / Schülerin bzw. Meister- / Berufsfachschüler(in) <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger / Sozialhilfeempfängerin, stationär in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 2 SGB XII untergebracht <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Rentnerin/Rentner <input type="checkbox"/> Student/Studentin <input type="checkbox"/> erwerbslos <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger / Sozialhilfeempfängerin, zuständiges Sozialamt _____
---	---

## Einkommensverhältnisse

Mein jährliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2024: 62.100 €). Eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind nicht erforderlich

Angaben zum Einkommenssteuerbescheid

(Die folgenden Angaben zum Einkommenssteuerbescheid müssen nur ausgefüllt werden, wenn Einnahmen aus Arbeitseinkommen oder Mieteinnahmen vorliegen)

- Aktuellster Einkommenssteuerbescheid vom Jahr \_\_\_\_\_ wurde am \_\_\_\_\_ ausgestellt und liegt der BKK VerbundPlus bereits vor  
 Aktuellster Einkommenssteuerbescheid liegt bei  
 Ich bin nicht zur Einkommenssteuer verpflichtet. Die Nichtveranlagungsbescheinigung liegt bei

Einkommensart	Mitglied		Ehegatte (notwendig, falls <b>nicht</b> gesetzlich versichert)	
	monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit				
Gründungszuschuss für selbstständige Tätigkeit (z. B. der Agentur für Arbeit)				
Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss, auch Renten aus dem Ausland)				
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen auch aus dem Ausland)				
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung				
Einnahmen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Wertpapiere)				
Arbeitsentgelte aus einer Beschäftigung (auch geringfügige Beschäftigung, Sachbezüge, Provisionen)				
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Sonderzuwendungen)				
Sonstige Einnahmen (z. B. Abfindungen aus beendetem Beschäftigungsverhältnis, Unterhaltsleistungen)				
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe, Mietzuschuss)				

Meine Einnahmen liegen unter 1.178,67 € monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch

Erspartes / Eigenkapital

Angehörige / Partner \_\_\_\_\_ (bitte näher bezeichnen)

Sonstiges \_\_\_\_\_ (bitte näher bezeichnen)

## Zahlung der freiwilligen Beiträge

Die Beiträge sind am 15. des Folgemonats fällig.

- Die BKK VerbundPlus soll die fristgerechte Zahlung sicherstellen. Die Beiträge können abgebucht werden. Das ausgefüllte SEPA-Lastschriftmandat ist beigelegt.  
 Ich überweise die Beiträge pünktlich.

## Erklärung und Unterschrift

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)

E-Mail	Telefonnummer Festnetz		Telefonnummer mobil	
	Vorwahl	Rufnummer	Vorwahl	Rufnummer

Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter [www.bkk-verbundplus.de/datenschutz](http://www.bkk-verbundplus.de/datenschutz).

**Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich umgehend mitteilen.**

Ort / Datum	Unterschrift
	X

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlt die Mitwirkung, kann das zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den Kontaktdaten um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO).

# SEPA-Lastschriftmandat



**BKK VerbundPlus**  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
**Servicehotline: 0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Persönliche Angaben des Auftraggebers

Name	Vorname
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort

**Zahlungsempfänger:** BKK VerbundPlus  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE 72 ZZZ 00000 473488

Ich ermächtige/n die BKK VerbundPlus, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Das Mandat gilt für wiederkehrende sowie für einmalige Zahlungen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK VerbundPlus auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Kontoangaben

Name (Kontoinhaber)	Vorname (Kontoinhaber)
Straße/Hausnummer	PLZ/Wohnort
Kreditinstitut (Name)	BIC (8- oder 11-stellig)
IBAN	

Ort/Datum	Unterschrift
	X

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen schriftlich, vor dem Einzug der ersten SEPA-Basislastschrift mitgeteilt.

SEPA 2022\_01