

Ich beantrage ab \_\_\_\_\_ die freiwillige Mitgliedschaft bei der BMW BKK.

## Persönliche Angaben

<b>Name/Vorname:</b>	<b>Geb.-Datum:</b>
<b>Familienstand:</b>	<b>Geschlecht:</b>
<b>Straße, Hausnummer:</b>	<b>PLZ, Ort</b>
<b>Krankenversicherungsnummer:</b>	<b>Rentenversicherungsnummer:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>E-Mail:</b>	<b>Geburtsname*:</b>
<b>Haben Sie ein Kind bzw. Kinder?</b> <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Geburtsurkunde beilegen) <input type="checkbox"/> nein	<b>Geburtsort und Geburtsland*:</b>

\* nur erforderlich, falls erstmalig eine Krankenversicherung in Deutschland beantragt wird.

## Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich bei der \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse):

pflichtversichert     freiwillig versichert     familienversichert     nicht gesetzlich versichert

### Ich habe Anspruch auf Beihilfe:

ja (bitte Nachweis beifügen)     nein

### Wie ist Ihr Ehepartner krankenversichert:

gesetzlich versichert     nicht gesetzlich versichert

### Zusätzliche Angaben, wenn der Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist:

Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: \_\_\_\_\_

Die Kinder sind gesetzlich familienversichert     Die Kinder sind privat versichert

Ich habe Angehörige, die ich kostenfrei mitversichern möchte. Bitte schicken Sie mir einen Antrag zu.

## Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / zum Personenkreis

<input type="checkbox"/> Selbständige/r	als: _____
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: <input type="checkbox"/> weniger als 20 Stunden <input type="checkbox"/> 20 bis 30 Stunden <input type="checkbox"/> mehr als 30 Stunden	Anzahl der geringfügig Beschäftigten: _____ Anzahl der mehr als geringfügig Beschäftigten: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in	ab: _____ Name des Arbeitgebers: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbezieher/-in	ab: _____ Bitte den Bewilligungsbescheid beifügen.
<input type="checkbox"/> Beamter / Beamtin	<input type="checkbox"/> Student/-in
<input type="checkbox"/> Rentner/-in	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/-in
<input type="checkbox"/> Schüler/-in an einer allgemeinbildenden Schule	<input type="checkbox"/> erwerbslos
<input type="checkbox"/> Schüler/-in an einer Berufsfach- oder Fachschule	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann

## Angaben zu den Einnahmen für die Beitragsfestsetzung

**Name:**

**Geb.Datum:**

	<b>Einnahmen des Mitglieds</b>	Monatliche Einnahmen des Mitglieds in €	Einkünfte Ehepartner privat versichert €
2.1	<b>Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit</b> Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid (in Kopie) beifügen.		
2.2	<b>Existenzgründerzuschuss</b> Bitte den Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen.		
2.3	<b>Bruttobezüge aus einer (auch geringfügigen) Beschäftigung</b> Bitte die aktuelle Gehaltsbescheinigung und die Dezemberabrechnung des Vorjahres (in Kopie) beifügen.		
2.4	<b>Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung</b> Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid (in Kopie) beifügen.		
2.5	<b>Einnahmen aus Kapitalvermögen</b> (z.B. Zinsen, Dividenden) Bitte fügen Sie Nachweise (in Kopie) bei.		
2.6	<b>Renten</b> (z. B. Alters-, Hinterbliebenenrenten und ausländische Renten) Bitte letzte Änderungsmitteilung (in Kopie) beifügen.		
	Art der Rente:		
	Art der Rente:		
	Art der Rente:		
2.7	<b>Versorgungsbezüge</b> (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten) Bitte aktuelle Bescheide (in Kopie) beifügen.		
	Art des Versorgungsbezugs:		
	Art des Versorgungsbezugs:		
	Einmalzahlung als Versorgungsbezug:		
2.8	<b>Sozialhilfe</b> Bitte Bewilligungsbescheid mit Berechnungsbogen (in Kopie) beifügen.		
2.9	<b>Abfindung</b> Bitte Aufhebungsvertrag und letzten Verdienstnachweis aus der Beschäftigung (in Kopie) beifügen.		
2.10	<b>Sonstige Einnahmen</b> Bitte Nachweis (in Kopie) beifügen.		
	Art der Einnahmen:		
	Art der Einnahmen:		
2.11	<input type="checkbox"/> <b>Ich habe kein Einkommen und bestreite meinen Lebensunterhalt durch Ersparnisse oder Unterstützung durch andere Personen.</b>		
2.12	<input type="checkbox"/> <b>Mein beitragspflichtiges monatliches Einkommen liegt über der Beitragsbemessungsgrenze (2022 =4.837,50 €).</b>		
Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Beitragsnachberechnung führen.			

**Datum**

**Unterschrift**

### Datenschutzhinweis

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BMW BKK notwendig. Ihre Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Website [www.bmwbk.de/datenschutz](http://www.bmwbk.de/datenschutz). Wir übernehmen die Übermittlung der von Ihnen entrichteten Beiträge an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz). Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dem gesetzlichen Bescheinigungsverfahren zu. Die Einwilligung kann auch widerrufen bzw. nicht erteilt werden.