

ANMELDUNG zur freiwilligen Versicherung



| | | | |
|--|-----------------|---------------|------------------------------|
| Name | Vorname | RV-Nummer | |
| | | | |
| Geb.Datum | Geb.Ort. | Familienstand | Ehegatte ist versichert bei: |
| | | | |
| Genauere Anschrift | | | |
| | | | |
| tagsüber zu erreichen unter Tel. | beschäftigt als | seit | |
| | | | |
| Betriebsstätte/Arbeitgeber (Anschrift) | | | |
| | | | |

| | |
|-----------------|---|
| Ich habe Kinder | <input type="checkbox"/> Nein |
| | <input type="checkbox"/> Ja, bitte amtliche Dokumente vorlegen. |

Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: _____

| Anspruchsberechtigte Familienangehörige | | | | | |
|---|---------|-----------|----------|--------------------------------|-----|
| Name | Vorname | Geb.Datum | | mon. Bruttoeinkommen d. Angeh. | Art |
| | | | Ehepart. | € | |
| | | | Kind | € | |
| | | | Kind | € | |
| | | | Kind | € | |

Ich möchte zum _____ freiwilliges Mitglied der ESO-BKK werden.

Anmeldegrund:

- Ende des Bezuges von Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II
- Überschreitung der gesetzlichen Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeitnehmer
- Erstmalige Aufnahme einer Arbeitnehmertätigkeit
- Aufgabe meiner bisherigen Mitgliedschaft bei _____
- Schüler, Studienbewerber, Student
- Ende der Familienversicherung
- Ende der Studentischen Krankenversicherung
- Rückkehr aus dem Ausland
- anderes _____

Die freiwillige Krankenversicherung ist nur möglich, wenn Sie in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen 12 Monate versichert waren. Zeiten der Familienversicherung gelten ebenfalls als Versicherungszeit. Versicherungszeiten aufgrund Rentenantragstellung bleiben unberücksichtigt.

- Ich bin selbstständig Erwerbstätig und wähle das gesetzliche Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Für die Berechnung meines Beitrags zur ESO BKK ist der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (derzeit 14,9 %) ab Gültigkeit meines Antrages auf freiwillige Versicherung / meiner Wahl-erklärung maßgebend. Mir ist bekannt, dass ich die Wahl zwischen dem gesetzlichen Krankengeldanspruch und einem Wahltarifkrankengeld habe. An die Wahl des gesetzlichen Krankengeldanspruchs bin ich drei Jahre gebunden.

Ich war zuletzt versichert:

Bitte Mitgliedsbescheinigung der letzten Krankenkasse mit einreichen. Danke.

| Zeitraum | Art* | Krankenkasse | Name des Mitglieds (Geburtstag) |
|----------|------|--------------|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* Art : 1 = Mitgliedschaft 2 = Familienversicherung



Beitragspflichtige Einnahmen

(vor Abzug von Sonderausgaben, Freibeträgen, Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen)
einschließlich steuerfreie Einnahmen

| | | |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| | | |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Für Arbeitnehmer: Meine jährlichen Einkünfte überschreiten die Jahresarbeitsentgeltgrenze des Jahres 2010 in Höhe von 49.950 €. |
| <input type="checkbox"/> | Mein Ehegatte ist <u>nicht</u> bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Seine / Ihre jährlichen Einkünfte belaufen sich auf _____ € für das Jahr _____. Bitte Nachweis beifügen |

Ich habe folgende Einkünfte:

| | | | |
|--------------------------|---|-----------|---|
| <input type="checkbox"/> | Arbeitsentgelt (Brutto) inkl. Provisionen, Sachbezüge, Vorruhestandsgeld, Weihnachts-, Urlaubsgeld o.ä. Einmalzahlungen | jährlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (vor Abzug von Sonderausgaben / Freibeträgen) - Anzahl der Arbeitnehmer ohne geringfügig Beschäftigte: _____ - mein wöchentlicher Arbeitsaufwand _____ Std. | jährlich | € |
| | Bitte den letzten Einkommens-Steuerbescheid beifügen | | |
| <input type="checkbox"/> | Renten (Alters-, Hinterbliebenen-, Unfallrente, Versorgungsrente o.ä. (ohne Beitragszuschüsse), ausländische Renten o.ä.) Art der Rente: _____ | monatlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Laufende rentenähnliche Einnahmen (z.B. Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Zusatzpensionen, Zusatzrenten u.a. inklusive Einmalzahlungen) Bitte Namen der Zahlstelle angeben : _____ | monatlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Abfindungen / Einmalige rentenähnliche Einnahmen (Kapitalabfindungen) Auszahlungstermin: _____ Auszahlungszeitraum : vom _____ bis _____ Bitte den Bescheid / Vertrag beifügen | | € |
| <input type="checkbox"/> | Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (Bruttoeinkünfte ohne Abschreibungen) Bitte Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen | jährlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Einnahmen aus Kapitalanlagen / Zinseinkünfte (Bruttoeinkünfte ohne Sparerfreibetrag) Bitte Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen | jährlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (Unterhalt der Eltern, ehem. Ehegatte o.ä.) Art : - _____ Bitte Nachweis beifügen | monatlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Grundsicherung, Mietzuschüsse o.ä.) Bitte Bescheid beifügen | monatlich | € |
| <input type="checkbox"/> | Ich habe kein eigenes Einkommen bzw. mein monatliches Einkommen liegt unterhalb von 851,67 €. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____ | jährlich | € |

Erklärung zur Beitragszahlung

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nur für Arbeitnehmer |
| <input type="checkbox"/> | Der Arbeitgeber überweist die Krankenversicherungsbeiträge inklusive gesetzlich vorgeschriebenem Sonderbeitrag und Pflegeversicherungsbeiträge zusammen mit den Beiträgen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. |
| <input type="checkbox"/> | Ich ermächtige die ESSO Betriebskrankenkasse widerruflich, die Beiträge am 15. des Folgemonats mittels Lastschrift von meinem Girokonto einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens der Bank eine Einlösungsverpflichtung. |
| | BLZ / Name der Bank : _____ Kontonummer : _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ich werde die Beiträge monatlich an die ESSO Betriebskrankenkasse regelmäßig unaufgefordert überweisen. Die Beiträge sind jeweils zum 15. des Monats für den Vormonat fällig. |

Mit dem Abschluss der freiwilligen Krankenversicherung entsteht eine Pflichtmitgliedschaft bei unserer Pflegekasse. Ich habe diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung meiner Einkünfte unverzüglich meiner Krankenkasse zu melden und geeignete Nachweise hierüber (z.B. Steuerbescheid) umgehend nach deren Zugang vorzulegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum _____ Unterschrift _____