

**BOSCH****BKK**

Antrag zur Pflegeversicherung

Persönliche Angaben

Name	Vorname	
Geburtsname	Geschlecht	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Familienstand	Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Staatsangehörigkeit
Telefonnummer/Mobil ¹	E-Mail ¹	
Rentenversicherungsnummer ²	einheitliche Versichertennummer ³	

Versicherungsverhältnis

Zuletzt war ich versichert von _____ bis _____ bei (Name der Krankenkasse) _____

Ich war zuletzt pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert

Die Pflegeversicherung wird beantragt ab _____

Angaben zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses

Ich bin anderweitig pflegeversichert (Mitglied einer anderen Pflegekasse, Familienversicherung, private Pflegeversicherung) Ja Nein

Ich lebe im Ausland

Ich habe meinen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland ab _____ voraussichtlich bis _____ dauerhaft

Diese ist auch gültig für meine Familienangehörigen Ja Nein

Meine Auslandsadresse lautet (sofern nicht oben angegeben)

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Staat _____

Ich bin

Soldat auf Zeit Polizeibeamter im Vorbereitungsdienst mit Anspruch auf Heilfürsorge Mitglied einer Solidargemeinschaft

seit/ab _____ voraussichtlich bis _____

Name Dienstort/-stelle _____ Name Solidargemeinschaft _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

¹ Angaben freiwillig

² Falls diese nicht bekannt ist, bitte Geburtsnamen und Geburtsort angeben.

³ Die einheitliche lebenslang gültige Versichertennummer entnehmen Sie bitte Ihrer bisherigen Gesundheitskarte.

Einnahmen

Monatliche Brutto-Einnahmen

Bitte legen Sie geeignete Nachweise bei (z. B. Bezügebescheinigung)

einmalige Brutto-Einnahmen

(z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld)

Mein Jahresgehalt liegt über 62.100 Euro

Ja Nein

Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kind/er), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Ja Nein

Zahlungsweg für die Beiträge zur Pflegeversicherung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden

BIC

Name der Bank/Kreditinstitut

Anschrift Kontoinhaber, wenn abweichend vom Mitglied

Die Beiträge werden überwiesen.

IBAN

DE

Name des Kontoinhabers

Unterschrift

Einzugsermächtigung/Basislastschriftmandat (SEPA)

Ich ermächtige die Bosch BKK, Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften der Bosch BKK einzulösen. Diese Lastschrift erlischt bei Rückbelastung durch das Kreditinstitut. Mir ist bekannt, dass ich die der Bosch BKK durch die Rückbelastung entstehenden Kosten und Gebühren zu tragen habe. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Willenserklärung zum Antrag

Ich erkläre, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe. Änderungen werde ich der Bosch BKK unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert (§ 248 SGB V, §§50, 94 SGB XI). Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie über unsere Homepage www.bosch-bkk.de/datenschutz