

**Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V**

ab: / von: bis:

**1. Angaben zur Person**

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon
Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	E-Mail	

Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder per Mail über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.

**Möchten Sie Angehörige beitragsfrei\* mitversichern?**  ja  nein  
\* vorbehaltlich gesetzlicher Änderungen **Wir nehmen hierzu in Kürze Kontakt mit Ihnen auf.**

**2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland \*)**

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Familienversichert
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Privatversichert
vom	bis
Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung	

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert  ja  ist mir nicht bekannt \*\*)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z. B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? \_\_\_\_\_

\*) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.

\*\*) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.

**3. Ergänzende Angaben**

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit \_\_\_\_\_ in Deutschland \*\*\*).

3.2 Ich bin am \_\_\_\_\_ aus \_\_\_\_\_ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt \*\*\*).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/ -versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts  ja  nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten  ja  nein  
Ich bin am \_\_\_\_\_ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).  
Grund: \_\_\_\_\_

\*\*\*) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

**4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z. B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbstständiger)**

Ich bin (tätig als):	Ich war (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**5. Angaben über regelmäßige monatliche Einnahmen**

Zur korrekten Berechnung Ihres Beitrages füllen Sie uns bitte den beigefügten Einkommensfragebogen aus.

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger, bzw. habe Leistungen beantragt  ja  nein  
Wenn ja, (Name Anschrift des Sozialhilfeträgers): \_\_\_\_\_

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)?  ja  nein  
Wenn ja, wann und wem gegenüber: \_\_\_\_\_

**6. Beitragszahlung**

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger BKK zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Ich bin mit der Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG an die Finanzverwaltung einverstanden.

( ) ja **Steueridentifikationsnummer (STIN):** ..... ( ) nein

Einer Abfrage der STIN über die ZfA direkt beim Bundeszentralamt für Steuern stimme ich zu. ( ) ja ( ) nein

Datum

Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters