actimonda krankenkasse

Gesetzliche Kranken- & Pflegeversicherung

MITGLIEDSANTRAG

TSV Hertha Walheim Judoabteilung

Name / Orga- oder Vermittlernummer / Stempel

Ja, ich werde zum _____ (Datum) Mitglied der **actimonda krankenkasse**.

☐ Herr ☐ Frau Anredezusatz _____

Name, Vorname

Ggf. Geburtsname | Geburtsdatum

Geburtsort | Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ verpartnert

Rentenversicherungsnummer | bisherige Krankenversicherungsnummer

Steuer-Identifikationsnummer

☐ Anzahl der Kinder _____ , davon sind _____ (gemeinsame) unterhaltberechtigte Kinder

☐ mein Ehe-/Lebenspartner ist: ☐ gesetzlich krankenversichert ☐ privat krankenversichert

Ich bin ...

☐ Arbeitnehmer(in) ☐ Auszubildende(r) ☐ Student(in)

☐ Schüler(in) ☐ Beamter(in) ☐ Rentner/Pensionär

☐ Arbeitslosengeld I ☐ Arbeitslosengeld II

☐ Selbstständige(r) (Bitte Rückseite ausfüllen!)

☐ Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule

Betriebsnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

beschäftigt seit/studiere ab | mtl. Bruttoentgelt (Euro)

☐ Ich habe eine weitere Beschäftigung

☐ Ich bin (zusätzlich) seit _____ selbstständig erwerbstätig

☐ Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug.)

Ich war zuletzt ...

☐ Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

☐ familienversichert

☐ privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen.)

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

☐ Ich studiere im _____ Fachsemester

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

☐ Ich beantrage monatliche Beitragszahlung (Einzugsermächtigung erforderlich, s. Rückseite.)

☐ Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/ Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

Familie

☐ Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)

☐ Anzahl der Kinder, davon sind _____ (gemeinsame) unterhaltsberechtigte Kinder.

BONUSPROGRAMM Ihrer **actimonda krankenkasse**

☐ Ja, ich möchte allein Bonuspunkte sammeln.

☐ Ja, ich möchte gemeinsam mit meiner Familie Bonuspunkte sammeln.

Anzahl Bonusheft Erwachsene? ☐

Anzahl Bonusheft Kinder? ☐

Meine Empfehlung

☐ Nachfolgende Person möchte Informationen (auch gerne telefonisch) zur Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse**

Name, Vorname | Telefon

PLZ, Ort | Straße, Hausnummer

Mit der Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse** beginnt grundsätzlich auch die Versicherung in der Pflegeversicherung der **actimonda krankenkasse**. Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der **actimonda krankenkasse** erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ohne Angabe der notwendigen Daten ist eine ordnungsgemäße Abwicklung des Versicherungsverhältnisses nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der zu dem vorgenannten Zweck notwendigen Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten einverstanden. Zugleich bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass die **actimonda krankenkasse** meine Daten im Zusammenhang mit der Empfehlung nutzt und speichert. Der Interessent (meine Empfehlung) ist damit einverstanden, dass seine oben genannten Daten gespeichert und genutzt werden, um ihn informieren und beraten zu können, und er zu diesen Zwecken angerufen wird. Dem Interessenten und mir ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können.

X _____

Ort, Datum **Unterschrift**

actimonda krankenkasse
Hüttenstraße 1 | 52068 Aachen
Fon 0241 90066-0 | Fax 0241 90066-9100
info@actimonda.de | www.actimonda.de

Stand: Januar 2014

actimonda krankenkasse

Gesetzliche Krankenversicherung

ZUSATZBOGEN ZUR FREIWILLIGEN KRANKENVERSICHERUNG

Einkommensverhältnisse

Bitte unbedingt angeben!

Vorname Nachname Rentenversicherungsnummer

Angaben zum Einkommensverhältnis Ihres Ehegatten sind nur dann notwendig, wenn dieser **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Art und Höhe des Bruttoeinkommens	des Mitglieds		des Ehegatten	
	monatlich in €	jährlich in €	monatlich in €	jährlich in €
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (Letzten Einkommenssteuerbescheid und Gewerbeanmeldung beifügen.)				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttobetrag; inklusive Einmalzuwendungen; Einkommensnachweis in Kopie beifügen.)				
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, aus privater Renten-/Lebensversicherung (Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen.)				
Rentenähnliche Einnahmen, z. B. Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen, Auslandsrente (Bescheide in Kopie beifügen.)				
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, z. B. Zinsen (Letzten Einkommenssteuerbescheid in Kopie beifügen.)				
Sonstige Einnahmen, z. B. Abfindungen, Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfe, Wohngeld, Unterhalt des früheren Ehegatten, der Eltern (Bescheide in Kopie beifügen.)				

☐ Mein Lebensunterhalt wird durch meinen Ehegatten/Lebenspartner/Eltern in Form von kostenloser Unterkunft bzw. Verpflegung sichergestellt.

Ich werde sie unverzüglich informieren, sobald sich Änderungen in den Verhältnissen ergeben. Sobald mir ein neuer Steuerbescheid vorliegt, werde ich diesen unverzüglich vorlegen. Mir ist bekannt, dass mir bei Nichtbeachtung dieser Mitwirkungspflicht* Nachteile entstehen können.

Unsere Bankverbindung: SEB AG | BLZ: 390 101 11 | Konto-Nr.: 16 004 808 00
IBAN: DE92390101111600480800 | BIC: ESSE DE 5F 390

Einzugsermächtigung bei Selbstzahlern Dürfen wir Ihre Beiträge von Ihrem Konto abbuchen? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Kreditinstituts IBAN BIC

X Ort, Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht für die Krankenversicherung auf § 240 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ggf. i. V. mit § 238a bzw. § 239 SGB V und für die Pflegeversicherung auf §§ 57 und 58 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich sowie nach nach § 284 SGB V bzw. § 94 SGB XI zulässig. Grundsätzlich beginnt mit der Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der Pflegeversicherung. Der bei uns errichteten Pflegekasse haben wir die für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten gemäß § 50 Abs. 5 SGB XI zur Verfügung zu stellen.
*Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V bzw. § 50 SGB XI verpflichtet.

actimonda krankenkasse
Hüttenstraße 1 | 52068 Aachen
Fon 0241 90066-0 | Fax 0241 90066-9100
info@actimonda.de | www.actimonda.de

Stand: Januar 2014