

Angaben zur Beitragsberechnung für die Kranken- und Pflegeversicherung ab _____

Name, Vorname, Versichertennummer bzw. Geburtstag _____

Anschrift _____ tel. erreichbar unter (freiwillige Angabe) _____

Familienstand: ledig verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft verwitwet geschieden seit _____
 dauernd getrennt lebend

Angehörige: keine
 Anzahl der Kinder _____, krankenversichert bei _____
 es handelt sich um gemeinsame unterhaltsberechtigende Kinder (leiblich oder adoptiert)
 es handelt sich hierbei um meine Kinder, die nicht leibliche/adoptierte Kinder meines Ehepartners sind
 es handelt sich hierbei um Kinder meines Ehepartners, die nicht meine leiblichen/adoptierten Kinder sind
 Ehepartner/Lebenspartner ist gesetzlich versichert - Angaben zu den Einkünften des Ehegatten sind nicht erforderlich
 Ehepartner/Lebenspartner ist privat krankenversichert - bitte Angaben zu den Einkünften des Ehegatten machen

Welcher Beruf bzw. Tätigkeit wird ausgeübt (Personenkreiszugehörigkeit) _____ seit: _____

sofern eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird, bitte angeben:
 Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____ Anzahl der Beschäftigten: _____
 davon geringfügig beschäftigt: _____

Mein Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (monatlich 5.175,00 €, jährlich 62.100,00 €). **Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Versorgungsbezüge erhalte ich nicht.** Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind nicht erforderlich.

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen Angaben in EUR	Versicherter		nicht gesetzlich versicherter Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	
	Monatlich	Jährlich	Monatlich	Jährlich
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts) lt. anl. Steuerbescheid	-----		-----	
Einnahmen aus einer unselbständigen Arbeit (Arbeitsentgelt, Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung, Dienstbezüge, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld, sonstiger geldwerter Vorteil, etc.) lt. anl. Gehaltsabrechnung		-----		-----
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld etc.), Sonderzahlungen lt. anl. Gehaltsabrechnung	-----		-----	
Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss)		-----		-----
Bezüge aus dem Ausland lt. anl. Nachweis <input type="checkbox"/> gesetzliche Renten <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge				
Renten aus privater Renten-/Lebensversicherung o.Ä. lt. anl. Bescheid				
Versorgungsbezüge aus Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Zusatzversicherungen etc. zzgl. Einmalzahlungen o.Ä. lt. anl. Bescheid <input type="checkbox"/> ☐ Einmalzahlungen aus dem Ausland lt. anl. Nachweis				
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung – bitte ggf. Steuerbescheid beifügen	-----		-----	
Einnahmen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen) – bitte Steuerbescheid, Zinsbescheinigung o.Ä. beifügen, die angegebenen Einnahmen beziehen sich auf den Zeitraum: _____				
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld), z.B. Unterhalt, Abfindungen (bitte Nachweis beifügen), Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse, Leistungen nach dem SGB XII) lt. anl. Bescheid		-----		-----

Bitte zusätzlich ankreuzen:
 Der aktuellste Einkommensteuerbescheid _____ (Jahr) liegt bereits in der BKK vor. liegt bei.
 Ich bin nicht einkommensteuerpflichtig, ein Einkommensteuerbescheid liegt daher nicht vor. Der letzte Einkommensteuerbescheid bezog sich auf das Jahr _____,
 eine aktuelle Nichtveranlagungsbescheinigung liegt bei. eine Nichtveranlagungsbescheinigung liegt nicht vor.

Kinder sind bei der Beitragsberechnung Pflegeversicherung zu berücksichtigen: nein ja lt. anl. Nachweis
 ja, Nachweis liegt bereits vor

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 zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 SGB V und 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Weitere datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datschutz@bkk-da.de oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Postfach 17 03 61, 33703 Bielefeld an.

Datum _____

Unterschrift des Mitglieds (die Unterschrift des Steuerberaters reicht nicht aus) _____