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 unterhaltsberechtigte 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 5.812,50 €, jährlich 69.750,00 €). **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 ☐ gesetzliche Renten ☐ Versorgungsbezüge				
Renten aus privater Renten-/Lebensversicherung o.Ä. lt. anl. Bescheid				
Versorgungsbezüge aus Arbeitsverhältnis, Betriebs-, renten, Pensionen, Zusatzversorgungen etc. zzgl. Einmalzahlungen o.Ä. lt. anl. Bescheid ☐ (teilw.) privat finanziert ☐ nicht privat finanziert				
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: _____				
Leistungen nach dem SGB XII (lt. anl. Bescheid)		----------		----------
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kinder- und Wohngeld), z.B. Unterhaltszahlungen, Abfindungen (bitte Nachweis beifügen), etc 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 datenschutzrechtliche 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 **datenschutz@bkk-da.de** oder per Post BKK_DürkoppAdler, Datenschutzbeauftragter, Stieghorster Str. 66, 33605 Bielefeld an.

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