

Angaben zur Beitragsberechnung für die Kranken- und Pflegeversicherung ab _____
(Teil I)

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Versichertennummer bzw. Geburtstag

Anschrift

tel. erreichbar unter (freiwillige Angabe)

Personenkreiszugehörigkeit/Erwerbsstatus: Ich bin seit _____

☐ erwerbslos ☐ verbeamtet ☐ selbständig als _____ ☐ Student

☐ Sonstiges (bitte angeben) _____

sofern eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird, bitte angeben:

Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden:

Anzahl der Beschäftigten:

davon geringfügig beschäftigt:

Angaben zum Familienstand und Kindern

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft seit _____ ☐ verwitwet

☐ geschieden seit _____ ☐ dauernd getrennt lebend seit _____

☐ Ich habe keine Kinder

☐ Ich habe Kinder, alle meine Kinder sind mindestens 25 Jahre alt

☐ Ich habe Kinder, davon sind _____ Kinder unter 25 Jahre alt (bitte die nachfolgende Tabelle ausfüllen, sofern die Angaben bisher noch nicht gemacht worden sind oder zwischenzeitlich Änderungen eingetreten sind)

	Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zu mir		Verwandtschaftsverhältnis zu meinem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner*	
			Leibliches Kind / Adoptivkind	Stiefkind	Leibliches Kind / Adoptivkind	Stiefkind
1. Kind			☐	☐	☐	☐
2. Kind			☐	☐	☐	☐
3. Kind			☐	☐	☐	☐
4. Kind			☐	☐	☐	☐
5. Kind			☐	☐	☐	☐

*Die Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis des Kindes/der Kinder zum Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner sind nur erforderlich, wenn der Ehe-/Lebenspartner nicht gesetzlich versichert ist

Angaben zum Einkommensteuerbescheid

☐ 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 _____

☐ Ich habe noch nie eine Einkommenssteuererklärung abgegeben und deshalb auch noch nie einen Einkommensteuerbescheid erhalten.

☐ Eine aktuelle Nichtveranlagungsbescheinigung liegt bei.

☐ Eine Nichtveranlagungsbescheinigung liegt nicht vor.

Angaben zu Ihrem Arbeitseinkommen (sofern vorhanden)

☐ Mein Arbeitseinkommen (aus selbständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb o.Ä.) übersteigt allein die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (monatlich 5.812,50 €, jährlich 69.750,00 €). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen und zu Ihrem Ehepartner/in sind nicht erforderlich.

Bitte unterschreiben Sie die Erklärung unten auf dem Teil II.

Angaben zu Ihrem Ehepartner/Ehepartnerin

Angaben zu den Einkommensverhältnissen Ihres Ehegatten sind nur erforderlich, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Bitte tragen Sie in diesem Fall die Einnahmen des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners in die entsprechenden Spalten der umseitigen Tabelle ein.

☐ 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

☐ Das Einkommen meines nicht gesetzlich versicherten Ehegatten übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (monatlich 5.812,50 €, jährlich 69.750,00 €). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen des Ehegatten sind nicht erforderlich. Unabhängig davon sind Angaben zu den Einkommensverhältnissen für den Versicherten selbst zu machen.

Bitte beachten Sie Teil 2 (bitte wenden)

Angaben zur Beitragsberechnung für die Kranken- und Pflegeversicherung ab _____
(Teil II)

Angaben zu den Einkünften				
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 (Urlaubs-, Weihnachtsgeld etc.), Sonderzahlungen lt. anl. Gehaltsabrechnung	-----		-----	
Renten aus der Sozialversicherung ohne Beitragszuschuss (Renten-/Unfallversicherung)		-----		-----
Bezüge aus dem Ausland lt. anl. Nachweis ☐ gesetzliche Renten ☐ Versorgungsbezüge				
Renten aus privater Renten-/Lebensversicherung o.Ä. lt. anl. Bescheid				
Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Zusatzversicherungen etc. zuzügl. 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 Kindergeld und Wohngeld), z.B. Unterhaltszahlungen, etc. lt. anl. Bescheid				
Abfindungen (bitte Nachweis -Vertrag und letzte Gehaltsabrechnung - in Kopie beifügen) Kündigungsfrist: _____				

☐ Ich habe keinerlei Einkünfte. Ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch (bitte angeben, wovon Sie leben, z.B. Erspartes)

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 bkk-da.de oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter datenschutz@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)