

Anlage zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung Seite 1 von 2

1. Persönliche Angaben: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
E-Mail:	Telefon:	
<input type="checkbox"/> Ich bin <u>nicht</u> verheiratet		
<input type="checkbox"/> Ich bin verheiratet / Lebenspartnerschaft nach dem LPartG und mein/e Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in ist:		
<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert bei: (Name der Krankenkasse)		
<input type="checkbox"/> privat krankenversichert bei: (Name des Krankenversicherungsunternehmens)		
(Bitte machen Sie in diesem Fall zusätzliche Angaben unter Punkt 4.b)		
Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____ Alter der/s Kinder/s _____		
Anzahl der <u>nicht</u> gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____ Alter der/s Kinder/s _____ (Ggf. werden wir Ihnen im Nachgang einen Fragebogen zukommen lassen.)		
Ich bin Mutter / Vater eines / mehrerer Kindes/r	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> Nein (Ab Vollendung 23. Lebensjahr Beitragsschlag 0,60 % zur Pflegeversicherung)	
2. Beginn der freiwilligen Versicherung: _____		
3. Angaben zur Tätigkeit: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!		
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Gesellschafter/in - Geschäftsführer/in (Bitte Kopie Gesellschaftervertrag beifügen) <input type="checkbox"/> Beamter/in (Bitte Kopie Verbeamungsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann bzw. nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Sonstige:	beschäftigt bei: Firma, Adresse	<input type="checkbox"/> Rentner/in (Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen) <input type="checkbox"/> Pensionär/in <input type="checkbox"/> Schüler/in, Student/in (Bitte Kopie Schul-, bzw. Hochschulbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Privatier <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in (Bitte Kopie Sozialhilfebescheid beifügen)
<input type="checkbox"/> Selbstständig seit: _____ als _____		
Haben Sie ein Gewerbe angemeldet? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie Gewerbeanmeldung beifügen) <input type="checkbox"/> nein, ich bin freiberuflich tätig.		
Sind Sie hauptberuflich selbstständig? <input type="checkbox"/> ja. <input type="checkbox"/> nein, bitte prüfen Sie ob ich nebenberuflich selbstständig bin.		
Krankengeldanspruch ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit mitversichern? Bitte „Wahlerklärung Krankengeld für hauptberuflich Selbstständige“ ausfüllen.		
Erhalten Sie einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III oder entsprechende Leistungen nach § 16 b SGB II? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie Bewilligungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Beschäftigen Sie Arbeitnehmer? <input type="checkbox"/> ja, Anzahl _____. Davon sind _____ geringfügig entlohnt (Minijob) beschäftigt. <input type="checkbox"/> nein		
Mein Arbeitsaufwand inklusive der anfallenden Vor- und Nacharbeiten beträgt: (Zeiten für kaufmännische und organisatorische Führung des Betriebs, Buchhaltung, Behördengänge, Geschäftsbesorgungen, etc.) Stunden in der Woche: _____ Stunden im Monat: _____		
Bilden die Einnahmen aus der selbstständigen Tätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung Ihres Lebensunterhalts? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, meinen Lebensunterhalt bestreite ich durch _____		

Anlage zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung Seite 2 von 2

Seite 2 der Anlage für:	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
4. Aktuelle Einnahmen zum Lebensunterhalt: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen! Bitte beachten Sie, dass nachstehend immer die Brutto-Einnahmen ohne Abschreibungen bzw. steuerliche Vergünstigungen anzugeben sind.			
<input type="checkbox"/> Mein jährliches Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2026 = 69.750,00 EUR). Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. Bitte berechnen Sie den Höchstbeitrag.			
Art des Einkommens	a) Einnahmen Mitglied	b) Einnahmen Ehegatte / Lebenspartner	
	monatlich jährlich einmalig	monatlich jährlich einmalig	Nur notwendig, wenn Ihr Ehegatte / Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.
<input type="checkbox"/> Bruttoeinkünfte aus selbstständiger Tätigkeit. Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides bei!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung bzw. Dienstbezüge (Bruttolohn / -gehalt, Provisionen, Vorruststandsgeld, 603,00 Euro Mini-Job, Dienstbezüge u.a.) Bitte fügen Sie eine Entgelt- bzw. Bezügebescheinigung bei! Einmalzahlungen (Urlaubs-, Weihnachtsgeld u.a.)	<input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Rente(n) aus der deutschen Sozialversicherung. Betrag ohne Beitragszuschuss Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Rente(n) aus ausländischen Rentensystem(en) Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u.a.) Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld u.a.) Bitte Nachweis einreichen!	<input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Betriebsrentenabfindung erhalten. Bitte Nachweis einreichen!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus privater Renten- bzw. Lebensversicherung. Bitte Nachweis einreichen!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides bei!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen u.a.) Bitte Bescheinigung beifügen!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (Abfindungen, BAföG, Unterhaltsleistungen, Unfallrente der Berufsgenossenschaft, Sozialhilfe u.a.) Bitte Nachweis einreichen!	<input type="checkbox"/> EUR	<input type="checkbox"/> EUR	EUR
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Einnahmen zum Lebensunterhalt.	<input type="checkbox"/> Ehegatte ohne Einnahmen		
5. Zahlungsmodalitäten: Bitte ankreuzen!			
Wie soll die Zahlung der Beiträge erfolgen?			
<input type="checkbox"/> Die fälligen Beiträge überweise ich selbst bis zum jeweiligen Fälligkeitstermin (15. des Folgemonats für den Vormonat).			
<input type="checkbox"/> Ein SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt, die fälligen Beiträge sollen von der BKK Scheufelen abgebucht werden.			
6. Ort, Datum, Unterschrift: Bitte ausfüllen!			
Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Änderungen werde ich der BKK Scheufelen unverzüglich mitteilen. Unterlassene bzw. fehlende Angaben führen zur Nachberechnung von Beiträgen und können zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen.			
Ort, Datum	Unterschrift		
<small>Datenschutzhinweis: Die Angaben zu Kontaktdata (Email und Telefonnummer) sind freiwillig und werden ausschließlich für Rückfragen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben verwendet. Die Löschung ist jederzeit möglich. Die Erhebung und Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Scheufelen erforderlich. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BKK Scheufelen und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (https://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/) oder in Papierform – rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne auch zu. </small>			