ANLAGE ZUR FREIWILLIGEN KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

1. PERSÖNLICHE ANGABEN: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!

Name: Vorname: Geburtsdatum:

E-Mail: Telefon:

☐ Ich bin nicht verheiratet

☐ Ich bin verheiratet / Lebenspartnerschaft nach dem LPartG und mein/e Ehegatte/in bzw. Lebenspartner/in ist:

☐ gesetzlich krankenversichert bei: _____
Name der Krankenkasse

☐ privat krankenversichert bei: _____
(Bitte machen Sie in diesem Fall zusätzliche Angaben unter Punkt 4.b) Name des Krankenversicherungsunternehmens

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____ Alter der/s Kinder/s _____
Anzahl der nicht gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder: _____ Alter der/s Kinder/s : _____

Ich bin Mutter / Vater eines /mehrerer Kindes/r: ☐ Ja (Bitte Nachweis beifügen)
Leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind Pflegekind
☐ Nein (Ab Vollendung 23. Lebensjahr Beitragszuschlag 0,60 % zu Pflegeversicherung)

2. BEGINN DER FREIWILLIGEN VERSICHERUNG:

3. ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!

☐ Arbeitnehmer/in beschäftigt bei: Firma, Adresse
☐ Gesellschafter/in – Geschäftsführer/in
Bitte Kopie Gesellschaftsvertrag beifügen
☐ Beamter/in (Bitte Kopie Verbeamtungsurkunde beifügen)
☐ Hausfrau/-mann bzw. nicht berufstätig
☐ Sonstige:
☐ Selbstständig seit: _____ als _____

☐ Rentner/in Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen
☐ Pensionär/in
☐ Schüler/in, Student/in Bitte Kopie Schul-, bzw. Hochschulbescheinigung beifügen
☐ Privatier
☐ Sozialhilfeempfänger/in Bitte Kopie Sozialhilfebescheid beifügen

► Haben Sie ein Gewerbe angemeldet?
☐ ja Bitte Kopie Gewerbeanmeldung beifügen
☐ nein, ich bin freiberuflich tätig.

► Sind Sie hauptberuflich selbstständig?
☐ ja
☐ nein, bitte prüfen Sie, ob ich nebenberuflich selbstständig bin.

► Krankengeldanspruch ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit mitversichern?
☐ ja Bitte „Wahlerklärung Krankengeld für hauptberuflich Selbstständige" ausfüllen.
☐ nein

► Erhalten Sie einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III oder entsprechende Leistungen nach § 16 b SGB II?
☐ ja Bitte Kopie Bewilligungsbescheid beifügen
☐ nein

► Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?
☐ ja, Anzahl _____ . Davon sind _____ geringfügig entlohnt (Minijob) beschäftigt.
☐ 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?
☐ ja
☐ nein, meinen Lebensunterhalt bestreite ich durch _____

Bitte Rückseite beachten! ➜

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.

☐ 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.
☐ Bruttoeinkünfte aus selbstständiger Tätigkeit. **Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides bei!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐ Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung bzw. Dienstbezüge (Bruttolohn / -gehalt, Provisionen, Vorruhestandsgeld, 603,00 EUR Minijob, Dienstbezüge u.a.) **Bitte fügen Sie eine Entgelt-, bzw. Bezügebescheinigung bei!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
Einmalzahlungen (Urlaubs-, Weihnachtsgeld u.a.)			☐				☐	
☐ Rente(n) aus der deutschen Sozialversicherung. **Betrag ohne Beitragszuschuss Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen!**	☐				☐			
☐ Gesetzliche Rente(n) aus ausländischen Rentensystem(en). **Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐ Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u.a.) Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld u.a.) **Bitte Nachweis einreichen!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
			☐				☐	
☐ Ich habe eine Betriebsrentenabfindung erhalten. **Bitte Nachweis einreichen!**			☐				☐	
☐ Einkünfte aus privater Renten- bzw. Lebensversicherung. **Bitte Nachweis einreichen!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐ Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. **Bitte fügen Sie eine vollständige Kopie des letzten vorliegenden Einkommensteuerbescheides bei!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐ Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen u.a.) **Bitte Bescheinigung beifügen!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐ Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (Abfindungen, BAföG, Unterhaltsleistungen, Unfallrente der Berufsgenossenschaft, Sozialhilfe u.a.) **Bitte Nachweis einreichen!**	☐	☐	☐		☐	☐	☐	
☐ Ich habe keine Einnahmen zum Lebensunterhalt.					☐ Ehegatte ohne Einnahmen			

5. ZAHLUNGSMODALITÄTEN: Bitte ankreuzen!

☐ Die fälligen Beiträge überweise ich selbst bis zum jeweiligen Fälligkeitstermin (15. des Folgemonats für den Vormonat).
☐ 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.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die BKK Scheufelen meine Steuer-Identifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern erfragt und die Höhe meiner Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge maschinell an die Finanzverwaltung übermittelt.

---------- ----------
Ort Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis: Die Angaben zu Kontaktdaten (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.