

BKK Herkules
 Postfach 10 39 60
 34039 Kassel

Fragebogen zur Einkommensermittlung für die Kranken- und Pflegeversicherung

1. Angaben zur Person		
Vorname Name	Versicherungsnummer	Geburtstag
1.1 Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebensgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	
1.2 Angehörige		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> unterhaltsberechtignte Kinder- Anzahl: _____	
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert		
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist privat krankenversichert		
monatliche Einnahmen brutto _____	EUR, bitte Nachweis beifügen.	
jährliche Einnahmen brutto _____	EUR, bitte Nachweis beifügen.	
2. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / zum Personenkreis		
<input type="checkbox"/> selbständig als: _____		
- Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____		
- Anzahl der Beschäftigten: _____		
- <input type="checkbox"/> Existenzgründer		
(bitte Gewerbeanmeldung beifügen)		
- mit Gründungszuschuss nach dem SGB II <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
- <input type="checkbox"/> ich beantrage die einstweilige Beitragsfestsetzung als Existenzgründer aufgrund meiner geschätzten voraussichtlichen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit, da mir noch kein Einkommensteuerbescheid vorliegt. Mir ist bekannt, dass eine zu geringe Schätzung meiner Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit zu Nachzahlungen führen kann.		
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)		
<input type="checkbox"/> Beamter / Beamtin		
<input type="checkbox"/> Pensionär(in)		
<input type="checkbox"/> Rentner(in)		
<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann		
<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Umschüler(in)		
<input type="checkbox"/> Student(in)		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger(in)		
<input type="checkbox"/> _____		

3. Einnahmen des Mitglieds ab:			
3.1	<input type="checkbox"/> Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze, eine Rente der Rentenversicherung beziehe ich nicht. Hinweis: Bei Rentenbezug sind die nachstehenden Angaben erforderlich.		
3.2	Lohn/ Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung	monatlich EUR	jährlich EUR
	Monatliches Bruttoentgelt, bitte die aktuelle Gehaltsabrechnung und Dezemberabrechnung beifügen.		
	Einmalzahlungen (z.B. Weihnachts-/Urlaubsgeld) bitte Nachweis beifügen.		
	Sonstiger geldwerter Vorteil, bitte Nachweis beifügen		
3.3	Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.		
3.4	Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.		
3.5	Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Steuerfreibetrages. Bitte fügen Sie Nachweise bei.		
3.6a	Renten (z. B. Alter-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, sowie ausländische Renten), bitte aktuelle Nachweise (Bescheide, Anpassungsmitteilungen)		
	Art:		
	Art:		
	Art:		
3.6b	Grundsicherung		
3.7	Brutto-Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen.		
	Art:		
	Art:		
	Einmalzahlung:		
3.8	Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen.		
3.9	Abfindung, bitte Bescheid beifügen.		
3.10	Sonstige Einnahmen, bitte Nachweis beifügen.		
	Art:		
	Art:		
4.	Angaben zum Lebensunterhalt: <input type="checkbox"/> meine Einnahmen liegen unter dem Mindesteinkommen, ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch – bitte Art und Höhe der Einnahmen angeben. _____		

Ich erteile die Zustimmung zur Datenübermittlung bzw. die Einholung der Steueridentifikationsnummer bei der Finanzverwaltung. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen. Der Widerruf gilt bei der Steueridentifikationsnummer stets ab dem Folgejahr. Ich verpflichte mich, unaufgefordert Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich der BKK Herkules mitzuteilen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig, hilft uns aber, Ihre Anliegen schneller zu beantworten. Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen in meinen Verhältnissen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Beitragsnachberechnung führen können.

Datum

Unterschrift

Telefonnummer (freiwillig)

Hinweis zum Datenschutz:

Wir erheben, verarbeiten und speichern alle Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.