

KV.-Nr.:
 Name:
 Adresse:
 PLZ Ort:

BKK Herford Minden Ravensberg
Postfach 1355

32003 Herford

Nachweise bitte beifügen

Ich bin <input type="checkbox"/> unselbstständig beschäftigt <input type="checkbox"/> selbstständig tätig <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung / Tätigkeit Mein Ehegatte ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name der Krankenkasse: _____		Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Berufsbezeichnung		Falls als Arbeitnehmer beschäftigt: Name und Anschrift des Arbeitgebers	
Angaben über die Einnahmen			Bruttobetrag €
1. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Lohn	jährlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
2. Einmalzahlungen (z.B. Urlaubs-, Weihnachtsgeld, 13. Gehalt etc.) Art:	jährlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
3. Sachbezüge (freie Kost und Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Deputate) Art:	jährlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
4. Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
5. Sonstige Einnahmen (z.B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) Art:	jährlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
6. Einnahmen aus Kapitalvermögen Art:	jährlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
7. Rente(n), Pensionen Art: <input type="checkbox"/> LVA <input type="checkbox"/> BfA <input type="checkbox"/> Sonstige _____	monatlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
8. Versorgungsbezüge Art: gezahlt von: _____	monatlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
9. Unterhaltszahlungen oder Unterstützung Dritter (z.B. Sozialamt, Unterhalt geschiedener Ehegatte) Art:	monatlich	<input type="checkbox"/> keine Einnahmen	
10. Angaben zum Lebensunterhalt: <input type="checkbox"/> Meine Einnahmen liegen im Jahr unter € monatlich, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____			

Sollte der Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite bzw. ein weiteres Blatt.

Die vorstehenden Angaben habe ich vollständig und nach bestem Gewissen gemacht. Jede Änderung meiner Einnahmen werde ich unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Ort, Datum

Unterschrift