



BKK HMR

Am Kleinbahnhof 5, 32051 Herford

Tel.: 05221 1026-0

Fax: 05221 1026-9000

E-Mail: info@bkk-hmr.de

www.bkk-hmr.de

zurück an:



BKK HMR
Am Kleinbahnhof 5
32051 Herford

Einkommensanfrage für hauptberuflich Selbstständige

_____	_____	_____
Name	Vorname	Krankenversicherternummer oder Geburtsdatum
_____		_____
Straße / Hausnummer		PLZ / Ort

Sie sind hauptberuflich selbstständig und freiwillig versichert in der Kranken- und Pflegeversicherung oder haben die freiwillige Versicherung beantragt. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den allgemeinen Grundsätzen zur Beitragsbemessung und umfasst Ihre gesamten Einnahmen.

Beiträge werden maximal von der monatlichen Bemessungsgrenze berechnet. Außerdem gilt eine Mindestbemessungsgrundlage auch wenn Ihre monatlichen Einnahmen darunter liegen.

Mein Ehegatte ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name der Krankenkasse / Versicherung: _____		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> dauerhaft getrennt lebend seit _____
Haben Sie Kinder: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise z. B. Geburtsurkunde beifügen)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzeige bzw. Genehmigung eines Gewerbes (Bitte Kopie beifügen) • Ich beschäftige mindestens einen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer • Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens 20 Stunden • Das Einkommen aus der selbstständigen Tätigkeit stellt die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhaltes dar 		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Berufsbezeichnung _____		Name und Anschrift der Firma (Stempel) _____

Name

Vorname

Krankenversicherternummer oder Geburtsdatum

Angaben über die Einnahmen zum Lebensunterhalt (brutto) (Nachweise bitte beifügen) Eine Saldierung zwischen einzelnen Einkunftsarten ist dabei ausgeschlossen (z. B. darf das Arbeitseinkommen nicht um Verluste aus Vermietung und Verpachtung verringert werden)	monatlich (€)	jährlich (€)
1. <input type="checkbox"/> Meine Einnahmen zum Lebensunterhalt liegen im Jahr über der Beitragsbemessungsgrenze von € monatlich.		
2. <input type="checkbox"/> Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (Einkünfte lt. letztem ESt-Bescheid oder gewissenhaft schätzen, sofern dieser noch nicht vorliegt)		
3. <input type="checkbox"/> Sachbezüge (z. B. freie Kost und Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Deputate) Art: _____		
4. <input type="checkbox"/> Lohn / Gehalt z. B. Arbeitsentgelt, geringfügige Beschäftigung, Dienstbezüge, Einmalzahlungen, Sonderzahlungen etc.		
5. <input type="checkbox"/> In- und ausländische Renten z. B. Unfallrenten, private Renten, gesetzliche Renten etc. Art: _____		
6. <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge z. B. Pensionen, Betriebsrenten, Zusatzrenten, Kapitalabfindungen Art: _____		
7. <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
8. <input type="checkbox"/> Einkünfte aus Kapitalvermögen		
9. <input type="checkbox"/> Sonstige Einnahmen / Geldmittel für den Lebensunterhalt z. B. Abfindungen, Unterhaltszahlungen etc. Art: _____		
10. <input type="checkbox"/> Sozialhilfe nach dem SGB XII vom Sozialamt in _____		
11. <input type="checkbox"/> Kein eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____ <input type="checkbox"/> Mein Lebensunterhalt wird durch meinen Ehegatten sichergestellt. Seine / Ihre jährlichen Einnahmen zum Lebensunterhalt betragen: _____ € (bitte aktuellen Einkommensteuerbescheid beifügen) Anzahl der gemeinsam unterhaltsberechtigten Kinder: _____ davon privat versichert _____ davon gesetzlich versichert _____		
12. Zahlung durch die Agentur für Arbeit / ARGE <input type="checkbox"/> Gründungszuschuss für Selbstständige <input type="checkbox"/> sonstige Bezüge z. B. Arbeitslosengeld II		
13. <input type="checkbox"/> Angaben zum Lebensunterhalt: Meine Einnahmen liegen unter der Mindestbemessungsgrundlage. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____		

Sollte der Platz nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseite bzw. ein weiteres Blatt. Die Richtigkeit vorstehender Angaben bestätige ich wahrheitsgemäß. Jede Änderung meiner Einkommensverhältnisse werde ich der BKK HMR unverzüglich anzeigen.

Datenschutzhinweis:

Für die Erhebung der Daten ist nach §§ 206, 240 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI Ihr Mitwirken erforderlich. Die Angabe zur Telefonnummer ist freiwillig. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie im Internet auf unserer Webseite unter www.bkk-hmr.de/EU-Datenschutzgrundverordnung oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns unter 0800 0 227337 oder datenschutz@bkk-hmr.de an.

Ort, Datum

Unterschrift