

Mitgliedsantrag und Einkommenserklärung

Hiermit wähle ich die Mitgliedschaft in der BKK_DürkoppAdler ab dem _____ als _____

Angaben zur Person:

Name, Vorname, Rentenversicherternummer bzw. Geburtsdatum	
Anschrift tel. erreichbar unter (freiwillige Angabe)	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	
Angehörige: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder _____, krankenversichert bei _____ <input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner ist gesetzlich versichert - weitere Angaben zu den Einkünften des Ehegatten sind nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner ist privat krankenversichert	
Hinweis: Wir sind verpflichtet, die von Ihnen gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung dem Finanzamt zu melden. Sofern uns Ihre Steuer ID-Nr. nicht vorliegt, werden wir diese beim Bundeszentralamt erfragen.	

meine Angaben zur Beitragsberechnung für die Kranken- und Pflegeversicherung ab _____:

Mein Einkommen übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze 2023 in der Krankenversicherung (monatlich 4.987,50 €, jährlich 59.850,00 €). **Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Versorgungsbezüge erhalte ich nicht.** Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen sind nicht erforderlich.

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen Angaben in EUR	Versicherter	
	Monatlich	Jährlich
Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts) lt. anl. Steuerbescheid		
Einnahmen aus einer unselbständigen Arbeit (Arbeitsentgelt, Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung, Dienstbezüge, Sachbezüge, Provisionen, Vorruhestandsgeld, sonstiger geldwerter Vorteil, etc.) lt. anl. Gehaltsabrechnung		
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld etc.), Sonderzahlungen lt. anl. Gehaltsabrechnung		
Renten aus der Sozialversicherung (aus Renten- und/oder Unfallversicherung - ohne Beitragszuschuss)		
Bezüge aus dem Ausland lt. anl. Nachweis <input type="checkbox"/> gesetzliche Renten <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge		
Renten aus privater Renten-/Lebensversicherung o.Ä. lt. anl. Bescheid		
Versorgungsbezüge aus Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten (i.d.R. mit Zusatzversicherungen etc. z. gl. Einmalzahlungen o.Ä. lt. anl. Bescheid)		
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung – bitte ggf. Steuerbescheid beifügen		
Einnahmen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinsen) – bitte Steuerbescheid, Zinsbescheinigung o.Ä. beifügen, die angegebenen Einnahmen beziehen sich auf den Zeitraum:		
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld), z.B. Unterhalt, Abfindungen (bitte Nachweis beifügen), Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse, Leistungen nach dem SGB XII) lt. anl. Bescheid		

Bitte zusätzlich ankreuzen:

- Der aktuellste Einkommensteuerbescheid _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> liegt bereits in der BKK vor. <input type="checkbox"/> ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Ich bin nicht einkommensteuerpflichtig, ein Einkommensteuerbescheid liegt daher nicht vor. Der letzte Einkommensteuerbescheid bezog sich auf das Jahr _____, (sofern vorhanden bitte Nichtveranlagungsbescheinigung beifügen)
Kinder sind bei der Beitragsberechnung Pflegeversicherung zu berücksichtigen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, laut anliegendem Nachweis
Ohne die Versicherung auf Grund des Rentenanspruches wäre ich bei einem Familienangehörigen (Ehegatte, Elternteil) versichert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name des Familienangehörigen _____ zuständige Krankenkasse _____
Nur ausfüllen, wenn Hinterbliebenen-Rente beantragt wurde: Bezog der Verstorbene bereits Rente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Verstorbene war versichert bei _____

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Datum _____

Unterschrift des Mitglieds (die Unterschrift des Steuerberaters reicht nicht aus) _____

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) werden benötigt, um die Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung rechtmäßig erfüllen zu können und werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§§ 284, 206 SGB V und § 21 SGB X) erhoben und gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.