

Angaben zur versicherungsrechtlichen Bewertung der selbstständigen Tätigkeit

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Ihre selbstständige Tätigkeit	
Üben Sie die selbstständige Tätigkeit – nach eigener Einschätzung – hauptberuflich aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Ihr Gewerbe angemeldet? <small>(Wenn ja, bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen, sofern diese nicht bereits der mhplus vorliegt)</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In welchem Umfang üben Sie die selbstständige Tätigkeit aus?	_____ Stunden pro Woche
Wie hoch ist Ihr Arbeitseinkommen*) aus der selbstständigen Tätigkeit? <small>(bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheids beifügen)</small>	_____ € im Jahr _____
Sind in Ihrem Betrieb Arbeitnehmer beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja
+ geringfügig beschäftigt Anzahl _____	
+ mehr als geringfügig beschäftigt Anzahl _____	
	<input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie außerdem abhängig beschäftigt sind	
In welchem Umfang üben Sie die abhängige Beschäftigung aus?	_____ Stunden pro Woche
Wie hoch ist Ihr monatliches Arbeitsentgelt (Lohn/Gehalt)? <small>(bitte Kopien Ihrer Lohn- und/oder Gehaltsabrechnungen beifügen)</small>	_____ €

Wenn Sie verheiratet sind	
Ist Ihr Ehegatte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> Ja, bei der _____ <input type="checkbox"/> Nein
Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt Ihres Ehegatten 3.185 Euro?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

*) § 15 Abs. 1 SGB IV: „Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit. Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist.“

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.

_____	X	_____	_____
Datum	Unterschrift des Mitglieds	Telefonisch erreichbar unter:	

Datenschutz-Hinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung Ihres Versicherungsverhältnisses nach §§ 5 ff. SGB V, sowie zur Beitragserhebung nach §§ 226 ff. SGB V, 57 SGB XI notwendig. Informationen zum Datenschutz und Ihren Betroffenenrechten erhalten Sie auf unserer Internetseite www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz.