

Angaben zur Berechnung der Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer

Familienstand

- ledig
- verwitwet seit _____
- verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft seit _____
- geschieden seit _____
- getrennt lebend seit _____

Angehörige

- Keine
- Anzahl der gemeinsam unterhaltsberechtigten Kinder: _____
- Ehe-/ Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei: _____
- Ehe-/ Lebenspartner ist privat krankenversichert
monatliche Einnahmen brutto _____ € (Bitte Nachweis beifügen)
jährliche Einnahmen brutto _____ € (Bitte Nachweis beifügen)

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/ Personenkreis

- Selbständig als _____
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden _____
Anzahl der Beschäftigten _____
- Arbeitnehmer(in)
- Elternzeit von _____ bis _____
- Beamter/ Beamtin
- Student(in)
- Schüler(in)
- Pensionär(in)
- Rentner(in)
- Hausfrau/Hausmann
- Sozialhilfeempfänger
- _____

Ich bin zur Abgabe einer Steuererklärung verpflichtet: Ja Nein

(Wenn ja, fügen Sie bitte Ihren aktuellsten Einkommensteuerbescheid bei.)

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer

Einnahmen des Mitglieds		
Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 Euro. <input type="checkbox"/> Ja (Weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge oder daneben Arbeitseinkommen beziehen. Ihre Angaben benötigen wir auch, wenn Sie mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind.) <input type="checkbox"/> Nein		
	monatlich €	jährlich €
Lohn/Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung Bruttoentgelt (bitte die letzte Gehaltsabrechnung beifügen)		
Einmalzahlung (bitte Nachweis beifügen)		
sonstiger geldwerter Vorteil (bitte Nachweis beifügen)		
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)		
Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerpauschbetrages (bitte Nachweise beifügen)		
Renten, z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, private und ausländische Renten (bitte aktuelle Rentenbescheide beifügen) Art: _____ Art: _____		
Grundsicherung (bitte Bescheid beifügen)		
Bruttoversorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte aktuelle Bescheide beifügen) Art: _____ Art: _____ Einmalzahlung		
Sozialhilfe (bitte Bescheid beifügen)		
Abfindung (bitte Vertrag beifügen)		
Sonstige Einnahmen (bitte Nachweise beifügen) Art: _____		
<input type="checkbox"/> Meine monatlichen Einnahmen liegen unter 1.096,67 Euro. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____ .		

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

Datum	X Unterschrift Mitglied	Telefonnummer
-------	-----------------------------------	---------------

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.