

Angaben zur versicherungsrechtlichen Bewertung der selbstständigen Tätigkeit

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer _____	
Ihre selbstständige Tätigkeit	
Welche selbstständige Tätigkeit üben Sie aus? _____ (z. B. Dachdecker oder Steuerberater)	
Üben Sie die selbstständige Tätigkeit – nach eigener Einschätzung – hauptberuflich aus?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Ihr Gewerbe angemeldet? (Wenn ja, bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung mitschicken, falls diese der mhplus noch nicht vorliegt.)	☐ Ja ☐ Nein
Bekommen Sie einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit? (Wenn ja, bitte eine Kopie des Bescheides mitschicken, falls dieser der mhplus noch nicht vorliegt.)	☐ Ja ☐ Nein
Wenn Sie freiberuflich tätig sind, seit wann üben Sie Ihre Tätigkeit aus?	_____
In welchem Umfang üben Sie die selbstständige Tätigkeit aus?	_____ Stunden pro Woche
Wie hoch ist Ihr Arbeitseinkommen*) aus der selbstständigen Tätigkeit? (Bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides mitschicken.)	_____ € im Jahr _____
Sind in Ihrem Betrieb Arbeitnehmer beschäftigt?	☐ Ja
+ geringfügig beschäftigt Anzahl _____	
+ mehr als geringfügig beschäftigt Anzahl _____	
	☐ 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)? (Bitte Kopien Ihrer Gehaltsabrechnungen mitschicken.)	_____ €
Wenn Sie verheiratet sind	
Ist Ihr Ehegatte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?	☐ Ja, bei der _____ ☐ Nein
Übersteigen die monatlichen Einnahmen Ihres Ehegatten 3.955,00 Euro? (Bitte Kopien der Gehaltsabrechnungen und/oder Einkommensteuerbescheide mitschicken.)	☐ Ja ☐ 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:

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben brauchen wir, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten. Mehr Infos zum Datenschutz erhalten Sie unter: <https://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz>