

Zurück an:

Ernst & Young BKK
Postfach 12 11
34202 Melsungen

Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

Ich möchte ab dem _____ freiwilliges Mitglied der Ernst & Young BKK werden.

Angaben zur Berechnung der Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung ab

1. Angaben zur Person		
Vorname Name	Versicherungsnummer	Geburtstag
1.1 Familienstand		
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Lebensgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	
1.2 Angehörige		
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder _____	
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei _____		
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist privat krankenversichert		
monatliche Einnahmen brutto	_____	€, bitte Nachweis beifügen.
jährliche Einnahmen brutto	_____	€, bitte Nachweis beifügen.
2. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / zum Personenkreis		
<input type="checkbox"/> selbständig ab _____ als: _____		
Haben Sie ein Gewerbe angemeldet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aus welchem Grund erfolgt ggf. keine Anmeldung? (bitte Gewerbebeanmeldung beifügen)		
<input type="checkbox"/> freiberufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Tagespflegeperson	<input type="checkbox"/> andere Gründe: _____
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden: _____ Anzahl der Beschäftigten: _____		
<input type="checkbox"/> Existenzgründer		
Mit Gründungszuschuss nach dem SGB III <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ich beantrage die einstweilige Beitragsfestsetzung als Existenzgründer aufgrund meiner geschätzten voraussichtlichen Einnahmen aus der selbstständigen Erwerbstätigkeit, da mir noch kein Einkommensteuerbescheid vorliegt. Mir ist bekannt, dass eine zu geringe Schätzung meiner Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit zu Nachzahlungen führen kann.		
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)		
<input type="checkbox"/> Beamter / Beamtin		
<input type="checkbox"/> Pensionär(in)		
<input type="checkbox"/> Rentner(in)		
<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann		
<input type="checkbox"/> Schüler(in) / Umschüler(in)		
<input type="checkbox"/> Student(in)		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger(in)		
<input type="checkbox"/> _____		

3. Einnahmen des Mitglieds			
3.1	Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze. Bei Renten- bzw. Betriebsrentenbezug sind Angaben zu den einzelnen Einnahmearten erforderlich. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hinweis: Es sind noch weitere Angaben erforderlich.		
3.2	Lohn/ Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung	monatlich €	jährlich €
	Monatliches Bruttoentgelt, bitte die letzte Gehaltsbescheinigung beifügen.		
	Einmalzahlungen, bitte Nachweis beifügen.		
	Sonstiger geldwerter Vorteil, bitte Nachweis beifügen.		
3.3	Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.		
3.4	Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.		
3.5	Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Steuerfreibetrages. Bitte fügen Sie Nachweise bei.		
3.6 a	Renten (z. B. Alter-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, sowie ausländische Renten), bitte aktuelle Nachweise beifügen.		
	Art:		
	Art:		
	Art:		
3.6 b	Grundsicherung		
3.7	Brutto-Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen.		
	Art:		
	Art:		
	Einmalzahlung:		
3.8	Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen.		
3.9	Abfindung, bitte Bescheid beifügen.		
3.10	Sonstige Einnahmen, bitte Nachweis beifügen.		
	Art:		
	Art:		
4.	Angaben zum Lebensunterhalt: <input type="checkbox"/> meine Einnahmen liegen unter dem Mindesteinkommen von 968,33 €, ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch – bitte Art und Höhe der Einnahmen angeben.		
5.	<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld, bitte weitere Unterlagen zusenden (nur für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige)		
6.	Einwilligung zur Datenübermittlung an die Finanzverwaltung		
	Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach §10 Abs. 2a Einkommensteuergesetz (EStG) an die Finanzbehörden (bitte Steuer-ID angeben). Sofern die Steuer-ID nicht eingetragen oder zutreffend ist, umfasst die Einwilligung ebenfalls die Genehmigung zur Abfrage der Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern. (Bitte streichen, falls Sie damit nicht einverstanden sind). Meine Steueridentifikationsnummer lautet: _____		

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 zur Beitragsnachberechnung führen!

Datum

Unterschrift

Telefonnummer (freiwillig)

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten und speichern alle Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

Ernst & Young BKK
Postfach 12 11
34202 Melsungen

Tel.: 05661 707 67-0
Fax: 05661 707 67-49
E-Mail: info@ey-bkk.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE38ZZZ00000083869

Mandatsreferenz:
258071596

- Mandat für einmalige Zahlung**
 Mandat für wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ernst & Young BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ernst & Young BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name) BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: _____
(max. 31-stellig)

Datum

Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

(nur falls Zahlung für eine andere Person erfolgt)

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname und Name (abweichender Zahlungspflichtiger)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort