

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"/> gemeinsame unterhaltsberechtigter Kinder- Anzahl: _____	
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert		
<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 als:	_____	
Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden:	_____	
<input type="checkbox"/> Anzahl der Beschäftigten:	_____	
<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.	Krankengeldanspruch (nur für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige)		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ab 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit	
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