

Zurück an:

Ernst & Young BKK
Beleglesezentrum
30645 Hannover

Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung

Ich möchte ab _____ 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 unterhaltsberechtigten Kinder: _____
<input type="checkbox"/> Ehepartner / eingetr. Lebenspartner ist gesetzlich krankenversichert bei _____	
<input type="checkbox"/> Ehepartner / eingetr. Lebenspartner ist privat krankenversichert (bitte Seite 2 Spalten für „privat versicherter Ehegatte“ ausfüllen)	
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?	
<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"/> sonstiges: _____	
3.	Einnahmen
3.1	a) Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	b) Ich beziehe eine Rente der Rentenversicherung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hinweis: Sofern Sie a) mit Ja und b) mit Nein beantworten, sind keine weiteren Angaben mehr erforderlich.	

Vorname Name		Versicherungsnummer		Geburtstag	
		Mitglied		privat versicherter Ehegatte	
		monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
3.2	Lohn/ Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung Monatliches Bruttoentgelt, bitte die letzte Gehaltsbescheinigung beifügen.				
	Einmalzahlungen, bitte Nachweis beifügen.				
	Sonstiger geldwerter Vorteil, bitte Nachweis beifügen.				
3.3	Einnahmen aus selbständiger 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 Nachweise beifügen.				
3.6 a	Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, sowie ausländische Renten), bitte aktuelle Nachweise beifügen.				
	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, ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch - bitte Art und Höhe der Einnahmen angeben. <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(z.B. Ersparnisse, Unterstützung durch andere Personen)</div>				
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. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Beitragsnachberechnung führen!

Datum

Unterschrift

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Verarbeitung ein. Weitere Informationen finden Sie unter www.ey-bkk.de/datenschutz.

Ernst & Young BKK
Beleglesezentrum
30645 Hannover

Tel.: 05661 70767-0
Fax: 05661 70767-49
E-Mail: info@ey-bkk.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE38ZZZ00000083869

Mandatsreferenz:
wird separat mitgeteilt

- 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

Versichertennummer

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

IBAN: **D** **E** _____
(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