

Einkommensprüfung für Ihre Versicherung

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname		Versichertennummer	
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft*	<input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Ehepartner/Lebenspartner*	<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert**		
Ich habe eigene Kinder	<input type="checkbox"/> Ja Anzahl _____ (Wenn noch kein Nachweis vorgelegt wurde, diesen bitte beifügen)		

2. Erwerbsstatus/Personenzugehörigkeit

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger (bitte letzten Bescheid des Sozialamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> Fachschüler/ Berufsfachschüler (bitte aktuelle Schulbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Rentner
<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Schwerbehinderter	<input type="checkbox"/> Schüler (allgemeinbildender Schulen)	<input type="checkbox"/> Pensionär
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig		<input type="checkbox"/> Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)	

3. Selbstständige/freiberufliche Tätigkeit

<input type="checkbox"/> selbstständig tätig seit _____ (bei Neugründung bitte Gewerbeanmeldung beifügen)	Wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden
Tätig als _____	Mitarbeiter (mehr als geringfügig beschäftigt) _____ Anzahl
<input type="checkbox"/> freiberuflich tätig seit _____	Mitarbeiter (geringfügig beschäftigt) _____ Anzahl
Tätig als _____	

4. Einkommensteuerbescheid

Für einzelne Einnahmearten ist als Nachweis der Einkommensteuerbescheid erforderlich (siehe Rückseite).
 Ich bin zur Einkommensteuer verpflichtet Ja Nein (bitte Nachweis über die Nichtveranlagung vom Finanzamt beifügen)

5. Ich bin zu erreichen unter (freiwillige Angabe)

Telefonnummer privat	Telefonnummer mobil
E-Mail-Adresse	

* Lebenspartner nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG)
 ** Ist Ihr Ehepartner oder Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert, ist es zwingend erforderlich, dass wir die Einnahmen Ihres Partners bei der Beitragseinstufung mitberücksichtigen.

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------

6. Einnahmen

6.1. Meine monatlichen Einnahmen (ohne Renten und Versorgungsbezüge) liegen über der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (5.175,00 Euro).	<input type="checkbox"/> Ja _____ Euro	
6.2. Ich habe keine Einnahmen, meinen Lebensunterhalt bestreite ich von:		
Ich habe folgende Einnahmen	Mitglied monatlich Euro	Ehepartner* monatlich Euro
6.3. Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (Bruttobetrag) (aus nichtselbstständiger Beschäftigung - bitte Gehalts-/ Bezügeabrechnung beifügen)		
Einmalzahlung Weihnachtsgeld (jährlicher Betrag)		
Einmalzahlung Urlaubsgeld (jährlicher Betrag)		
Einmalzahlung sonstig (jährlicher Betrag) Art: _____		
6.4. Einnahmen aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (bitte letzten Einkommensteuerbescheid vollständig bis zum amtlichen Siegel beifügen)		
6.5. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (bitte letzten Einkommensteuerbescheid vollständig bis zum amtlichen Siegel beifügen)		
6.6. Einnahmen aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparer- Pauschbetrages (bitte letzten Einkommensteuerbescheid oder letzte Zinsbescheinigung der Bank beifügen)		
6.7. Sonstige Einnahme, bitte Art angeben: _____ (zum Beispiel Sozialhilfe, „Taschengeld“, Abfindungen, Gründungszuschuss - bitte aktuellen Nachweis beziehungsweise Kopie des Bescheids beifügen)		
6.8. Renten/Pension/Versorgungsbezüge (Betriebsrente)		
Art/Zahlstelle:		
Art/Zahlstelle:		
Einmalzahlungen:		
6.9. Sonstige Mitteilungen zu Ihren Einnahmen oder Ihren Nachweisen:		

* Ist Ihr Ehepartner oder Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert, ist es zwingend erforderlich, dass wir die Einnahmen Ihres Partners bei der Beitragseinstufung mitberücksichtigen.

7. Erklärung

Ich habe alle Einnahmen, die ich zu meinem Lebensunterhalt verwende oder verwenden könnte, vollständig angegeben. Mir ist bekannt, dass unvollständige Angaben die rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung zu meinem Nachteil zur Folge haben kann.	
Ich bin über meine gesetzlichen Mitwirkungspflichten informiert und benachrichtige die HEK, wenn sich meine Einnahmen verändern oder mir ein neuer Einkommensteuerbescheid beziehungsweise Nachweis zugeht.	
_____	_____
Datum	Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter, bei Steuerberatern bitte Vollmacht beilegen)

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch (SGB) V und § 50 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 240 SGB V und § 57 SGB XI zur korrekten Festsetzung der Beitragshöhe notwendig. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen.