

Informationen zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für selbstständig Tätige (mit Bezug des Gründungszuschusses)

Als gesetzliches Mindesteinkommen für Existenzgründer, die den Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit erhalten, gilt ein Betrag in Höhe von **1.522,50 EUR**.

Aus der folgenden Aufstellung können Sie die in diesem Fall geltende Beitragshöhe entnehmen:

	Monatliche Beitragshöhe
Krankenversicherung	226,85 EUR (14,9 %)
Pflegeversicherung	38,82 EUR (2,55 %)
Pflegeversicherung mit Kinderlosenzuschlag	42,63 EUR (2,80 %)

Stand: 1. Januar 2018

Sind Ihre tatsächlichen Einnahmen höher als das gesetzliche Mindesteinkommen, müssen wir die Beiträge selbstverständlich anhand dieser berechnen. Zu den Einnahmen zählen alle Einkunftsarten des Steuerrechts, wobei eine Verrechnung positiver und negativer Einkünfte verschiedener Einkunftsarten nicht zulässig ist.

Für die Berechnung Ihres Beitrages benötigen wir Einkommensnachweise (z.B. Eröffnungsbilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, Vorauszahlungsbescheid). Sind Sie bereits seit längerem selbstständig tätig, fügen Sie bitte eine Kopie Ihres letzten Einkommenssteuerbescheides bei. Die BKK ist verpflichtet, diesen anzufordern. Verfügen Sie noch über keinen Einkommensteuerbescheid oder Vorauszahlungsbescheid, erfolgt die Berechnung Ihres Beitrages zunächst unter Vorbehalt Ihrer Einkommensschätzung. Sobald Ihnen der aktuelle Steuerbescheid vorliegt, senden Sie uns bitte unverzüglich eine Kopie zu. So können wir zeitnah den für Sie richtigen Beitrag berechnen.

Erfolgt der Nachweis nicht zeitnah, sind wir zur Nachberechnung verpflichtet.

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag auch eine Kopie der Gewerbeanmeldung und einen Nachweis über den Bezug des Gründungszuschusses bei. Unterliegen Sie nicht der Gewerbesteuerpflicht und verfügen daher über keine Gewerbeanmeldung, so senden Sie uns bitte anderweitige Unterlagen, aus denen der Beginn Ihrer selbstständigen Tätigkeit hervorgeht.

Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Rückantwort

R+V BKK
65215 Wiesbaden

Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung erfolgt ab: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin seit: _____ hauptberuflich selbstständig als: _____

_____ und erhalte Gründungszuschuss.

(Bitte fügen Sie eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei)

Ich bin verheiratet: Ja Nein

Mein Ehepartner ist: gesetzlich krankenversichert

privat krankenversichert *(Eine weitere Einkommensprüfung ist notwendig)*

Ort, Datum

Unterschrift

Tel.-Nr.

R+V BKK
65215 Wiesbaden

oder per Fax an: 0611 99909-77152

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE83ZZZ00000090916

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

Versichertennummer

SEPA-Lastschriftmandat

Mitglieder

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die R+V BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der R+V 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name (Kontoinhaber):

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Kreditinstitut (Name):

BIC (8- oder 11-stellig):

IBAN (max. 31-stellig):

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bei abweichendem Kontoinhaber:

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

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Fragebogen zur Einkommensermittlung für die Beitragsberechnung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Einnahmen des Mitglieds	Monatlich EUR	Jährlich EUR
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (ohne Förderungsbetrag) ¹		
Förderungsbetrag von der Bundesagentur für Arbeit ⁶		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung ¹		
Einnahmen aus Kapitalvermögen (vermindert um die Werbungskosten, aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages) ²		
Lohn/Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung (Monatliches Bruttoentgelt) ³		
Einmalzahlungen ²		
Sonstiger geldwerter Vorteil ²		
Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten, ausländische Renten) ⁴ Art: _____		
Art: _____		
Brutto-Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) ⁴ Art: _____		
Art: _____		
Einmalzahlungen ²		
Abfindung ⁵		
Sonstige Einnahmen ² Art: _____		
Art: _____		

¹ Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen.

² Bitte Nachweis/e beifügen.

³ Bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen.

⁴ Bitte aktuelle Bescheide beifügen.

⁵ Bitte Vertrag beifügen.

⁶ Bitte Bewilligungsbescheid beifügen.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mit ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. **Hinweis:** Stehen die tatsächlichen Einkommensverhältnisse noch nicht fest, so sind diese pflichtgemäß im Voraus zu schätzen.

Ort, Datum

Unterschrift

Tel.-Nr.

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