

Bitte zurück an:

BKK Herkules  
Postfach 10 39 60

34039 Kassel

### Angaben zur Berechnung der Beiträge für die freiwillige Krankenversicherung und für die Pflegeversicherung

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse/Pflegekasse erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuchs erhoben und auf Datenträger gespeichert.

<b>Personalien</b>
Name, Vorname, Versicherungsnummer bzw. Geburtstag
Welcher Beruf bzw. welche Tätigkeit wird ausgeübt?
Anschrift (nur bei Änderungen ausfüllen)

Ich habe keine eigenen Einnahmen. Bitte geben Sie an, wodurch Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten (Sachbezüge durch den Ehegatten, die Eltern, Angehörige o.ä.). Beim Bezug von Unterhaltszahlungen machen Sie bitte entsprechende Angaben bei der Frage nach den "sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt".

Angaben zum Einkommensverhältnis Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert  nein  ja

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen in EURO	des Versicherten		des Ehegatten	
	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (nach allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts). Bitte Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen!	X		X	
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttolohn bzw. Bruttogehalt, Sachbezüge, Provisionen; Vorruhestandsgeld u.a.)		X		
Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld u.a.)	X		X	
Renten aus der Sozialversicherung (ohne Beitragszuschuss)		X		X
Rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen u.a.)		X		X
Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld u.a.)	X		X	
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	X		X	
Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen (ohne Abzug des Steuerfreibetrages)	X		X	
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Kindergeld und Wohngeld)		X		X
Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Mietzuschüsse)		X		X

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen mitteilen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ Telefonisch erreichbar unter

#### Wird von der Krankenkasse ausgefüllt

Bisherige Beitragsstufe	Neue Beitragsstufe	Neuer Monatsbeitrag KV	Neuer Monatsbeitrag PV	Gültig ab
EDV ergänzt		Datum: _____	Sachbearbeiter/in: _____	