

Name, Vorname _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer

Familienstand _____

Erwerbsstatus/Personenzugehörigkeit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Arbeitnehmer
 Beamter
 Schüler/Student
 Schwerbehinderter
 Rentner/Pensionär
 Hausfrau/Hausmann
 Ehegatte selbst versichert bei _____
 selbstständig/freiberuflich tätig als _____
 Sozialhilfeempfänger (bitte letzten Bescheid des Sozialamtes beifügen)

Wir haben unterhaltsberechtignte Kinder Ja Nein

Name, Vorname	Geburtsdatum

	Mitglied monatlich Euro	Ehegatte monatlich Euro
Arbeitsentgelt/Dienstbezüge aus unselbstständiger Beschäftigung (einschließlich geringfügiger Beschäftigung)		
Einmalzahlungen (zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld)		
Einnahmen aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung		
Einnahmen aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparfreibetrages (aktuellen Nachweis beifügen)		
Sonstige Einnahmen (zum Beispiel Unterhaltszahlungen, Sozialhilfe, „Taschengeld“, Abfindungen, Gründungszuschuss u. vergleichbare Einnahmen)		
Art der Einnahmen _____		

Renten/Versorgungsbezüge (Betriebsrente)/Pension	Mitglied monatlich Euro	Ehegatte monatlich Euro
Art/Zahlstelle: _____		
Art/Zahlstelle: _____		
Einmalzahlungen: _____		

Nachweise für das Jahr

--	--	--	--

 sind beigefügt Ja Nein

Wenn Sie der Datenübermittlung zustimmen, melden wir Ihre Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung dem zuständigen Finanzamt. Ansonsten weisen Sie diese Aufwendungen selbst in Ihrer Steuererklärung nach. (siehe Antrag)

Mit der Übermittlung meiner Beitragsdaten an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bin ich einverstanden	<input type="radio"/> Ja _____ Steueridentifikationsnummer	<input type="radio"/> Nein
--	---	----------------------------

Sonstige Mitteilungen/Wünsche an die HEK, Auskünfte oder weitergehende Informationen zu folgenden Themen:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Sofern sich meine Einkünfte ändern, werde ich Sie umgehend benachrichtigen und geeignete Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Tagsüber bin ich zu erreichen unter der Rufnummer: _____

Per Email bin ich zu erreichen unter folgender Adresse: _____

Ort, Datum _____	Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter) _____
------------------	---

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 Falle 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. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.