

Name, Vorname _____	Familienstand _____	Versichertennummer <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																				

Ich möchte mich freiwillig versichern.

Selbstständig/freiberuflich tätig als: _____ seit: _____

für die Pflegeversicherung: Ich habe eigene Kinder Ja Nein
 Ehegatte ist krankenversichert: gesetzlich privat

Diese Angaben sind freiwillig	Firmenname /Geschäftsbereich: _____		
	Firmenanschrift: _____		
	Telefon-Nr.: _____	Telefax-Nr.: _____	E-Mail-Adresse: _____
	Betriebs-Nr.: _____	Anzahl der Beschäftigten (ohne Geringfügige): _____	wöchentliche Arbeitszeit: _____

Mein monatliches Einkommen (ohne Renten und Versorgungsbezüge) liegt über der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2016 = 4.237,50 Euro)
 Ja Nein

Ich habe folgende Einnahmen:	monatlich Euro	jährlich Euro
Einnahmen aus selbständiger/freiberuflicher Tätigkeit (bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)		
Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (Bruttobetrag) aus unselbständiger Beschäftigung einschl. geringfügiger Beschäftigung, (bitte aktuelle Entgeltabrechnung beifügen)		
Einmalzahlungen (zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld)		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung (bitte letzten Einkommensteuerbescheid beifügen)		
Einnahmen aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparfreibetrages (aktuellen Nachweis beifügen)		
Sonstige Einnahmen (zum Beispiel Gründungs-/Existenzgründerzuschuss, bitte Nachweis beifügen)		
Art der Einnahmen _____		

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

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

Wenn Sie der Datenübermittlung zustimmen, melden wir Ihre Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung dem zuständigen Finanzamt. Ansonsten müssen Sie diese Aufwendungen selbst in Ihrer Steuererklärung nachweisen.

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 E-Mail 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.