

Name, Vorname \_\_\_\_\_

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

Versichertennummer

**Ich möchte mich freiwillig versichern.**

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)

**Wichtiger Hinweis: Wenn Ihr Ehepartner oder Ihr Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse (zum Beispiel Ersatz-, Betriebskrankenkasse, AOK, IKK, LKK) versichert ist, machen Sie bitte vollständige Angaben über Ihr Einkommen, sowie das Ihres Ehegatten/Lebenspartners in tatsächlicher Höhe, auch wenn die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird. In diesem Fall benötigen wir außerdem die Angaben über unterhaltsberechtigter Kinder.**

Wir haben unterhaltsberechtigter Kinder  Ja  Nein

Name, Vorname	Geburtsdatum

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

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

Nachweise für das Jahr 

--	--	--	--

 sind beigelegt  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 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.