



Bitte senden an:

AOK PLUS
Bereich Privatkunden
FB Freiwillige Mitglieder/Studenten
01058 Dresden

Fragebogen zur Einkommensabfrage

Grundlage für die Berechnung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

(Bitte diesen Fragebogen immer in Verbindung mit dem aktuellen Einkommensteuerbescheid und den aktuellen Einkommensnachweisen zurückschicken!)

Name: Vorname: geboren am:

Versichertennummer: Telefon-Nr.: (tagsüber)

Anschrift:

(Bitte alle Felder ausfüllen, Nichtzutreffendes ist zu streichen)

1. Angaben zur Tätigkeit

Ich bin selbstständig als

- wöchentliche Arbeitszeit, einschließlich Vor- und Nacharbeit: Std.

Geschäftsöffnungszeiten:
(wenn vorhanden, bitte angeben)

- Ich beschäftige folgende Arbeitnehmer (unabhängig von der Krankenkassenzugehörigkeit)

Anzahl: pflichtversicherter Arbeitnehmer: geringfügig Beschäftigte:

- Betriebsnummer (freiwillige Angabe):

sonstige Beschäftigung/Tätigkeit als

Ich bin nicht erwerbstätig.

Ich studiere an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Universität/Hochschule.
(Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Ich bin Sozialhilfeempfänger und in einer stationären Einrichtung nach SGB XII untergebracht.

Ich habe Anspruch auf: Beihilfe freie Heilfürsorge.

2. Einkommensverhältnisse

Mein Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit beträgt mehr als 54.000,00 EUR?

ja, bitte diesen Fragebogen unterschreiben

nein, weiter mit Punkt 2.1.

2.1 Einkünfte

(bitte immer den letzten vom Finanzamt ausgestellten Einkommensteuerbescheid beifügen)

nein ja

Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit

Mein Gewinn (Einkünfte aus Gewerbebetrieb/Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit) beträgt nach dem letzten Einkommensteuerbescheid

EUR für das Jahr oder

EUR monatlich.

Name: _____ Vorname: _____

- nein ja
- Arbeitsentgelt/Dienstbezüge (einschließlich Einmalzahlung) aus **nicht** geringfügiger Beschäftigung jährlich _____ EUR
(bitte den **letzten vom Finanzamt ausgestellten Einkommensteuerbescheid** bzw. die **Verdienstbescheinigung vom Dezember** letzten Jahres beifügen)
- Arbeitsentgelt (einschließlich Einmalzahlung) aus geringfügiger Beschäftigung jährlich _____ EUR
Zeitraum der geringfügigen Beschäftigung
von _____ bis _____
- Renten/ausländische Renten monatlich _____ EUR
(z. B. Unfallrente, private Renten-/Lebensversicherung): _____
(Kopie der/s Bescheide/s beifügen)
- Versorgungsbezüge (z. B. Pension, Betriebsrente) monatlich _____ EUR
(Kopie der/s Bescheide/s beifügen)
- Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung monatlich _____ EUR
- Einkünfte aus Kapitalanlagen monatlich _____ EUR
- sonstige Einkünfte/Einkunftsart: _____ monatlich _____ EUR
(z. B. Sozialhilfe, Übergangsgeld)

2.2 Angaben zum Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner* (bitte zutreffende Felder ausfüllen)

Ich bin verheiratet bzw. habe einen eingetragenen Lebenspartner* ja nein

Krankenversicherung des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners* gesetzlich nicht gesetzlich

Wenn der Ehepartner/eingetragene Lebenspartner* nicht gesetzlich versichert ist, benötigen wir folgende Angaben:

- Höhe der Einkünfte des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners* jährlich _____ EUR
(z. B. Arbeitsentgelt/Dienstbezüge einschl. Einmalzahlung, Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit, Versorgungsbezüge, sonstige Einkünfte – bitte Nachweise wie Einkommensteuerbescheid, Verdienstbescheinigung des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners* beifügen)
- Anzahl der **gemeinsamen unterhaltsberechtigten** Kinder _____, davon
___ Kind/Kinder ist/sind familienversichert
___ Kind/Kinder ist/sind privatversichert
___ Kind/Kinder mit eigener Krankenversicherung

* eingetragene Lebenspartner sind Personen, die eine nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LpartG) eingetragene Lebenspartnerschaft begründen.

2.3 Angaben zum Lebensunterhalt

Wenn Sie unter Pkt. 2.1 bis 2.2 keine oder nur geringe Einkünfte angegeben haben, bitten wir um Angabe, wovon Sie Ihren Lebensunterhalt bestreiten (z. B. Zuwendungen des Lebensgefährten bzw. der Eltern oder anderer Personen):

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Über künftige Veränderungen werde ich die AOK PLUS unaufgefordert informieren.

Datum, Unterschrift des Mitglieds bzw. des gesetzlichen Vertreters

Telefon (freiwillige Angabe)

Hinweis zum Datenschutz:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Ermittlung, Festsetzung und Anpassung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 240 SGB V und § 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Festsetzung Ihrer Beitragshöhe führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.