

Einkommenserklärung

Kontaktdaten der Continentale BKK:
E-Mail: kundenservice@continentale-bkk.de
Telefon: 040 526777-1241
Fax: 040 526777-1125
Postfach: 630529 / 22315 Hamburg



Persönliche Angaben

Beginn der freiwilligen Versicherung

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon
freiwillige Angabe

Sonderbeitrag zur Pflegeversicherung:

- Ich bin kinderlos
- Ich habe ein Kind / mehrere Kinder
Nachweis erforderlich (z. B. Kopie der Geburtsurkunde)

Ich möchte Informationen zur Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld

Anlass für die freiwillige Versicherung:

- Ehegatte ist privat versichert
bei gemeinsamen Kindern: Geburtsurkunden erforderlich
- Ende der Familienversicherung
- Ende der Pflichtversicherung (z. B. Ende Beschäftigung / Arbeitslosengeld)
- Rentner/in
- Erstmöglicher Zuzug aus dem Ausland / Rückkehr aus dem Ausland
Meldebescheinigung erforderlich
- Anwartschaft: Krankenversicherung / Pflegeversicherung
- Selbständige/r seit / ab
- Freiberufler/in seit / ab
- Existenzgründer/in**
- Gewinnschätzung + Gewerbeanmeldung + Förderbescheid der Arbeitsagentur
(wenn vorhanden)

Einkommensverhältnisse

- Ich besitze eigene Einkünfte, diese gehen vollständig aus dem beiliegenden Einkommensteuerbescheid hervor:
keine weiteren Angaben erforderlich
- Ich besitze eigene Einkünfte, diese setzen sich wie folgt zusammen (bitte entsprechende Einkommensnachweise beifügen):

Einkommensart	Mitglied	Ehegatte*
selbständige Tätigkeit	jährlich:	jährlich:
Beschäftigung	monatlich:	monatlich:
Einmalzahlungen (z. B. Abfindung / Urlaubsgeld)	jährlich:	jährlich:
Vermietung / Verpachtung / Zinsen	jährlich:	jährlich:
Gesetzliche Renten / Auslandsrenten	monatlich:	monatlich:
Versorgungsbezüge / Betriebsrenten	monatlich:	monatlich:
Sonstige Einkünfte	monatlich:	monatlich:

* die Angaben des Ehegatten sind nur erforderlich, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist

Ich besitze keine eigenen Einkünfte. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

SEPA-Lastschriftmandat

Continentale BKK, Sengelmanstraße 120, 22335 Hamburg | Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000027358 | Mandatsreferenz: folgt

Ich ermächtige die Continentale BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname Nachname

Straße + Haus-Nr. PLZ + Ort

IBAN BIC

Datum Unterschrift

Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben im Hinblick auf die Ermittlung, Festsetzung und Anpassung Ihres Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung entsprechend Ihrer aktuellen Einkommensverhältnisse rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 206 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund von § 240 SGB V zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Festsetzung Ihrer Beitragshöhe führen.

Bestätigung der Angaben

Datum Unterschrift