

Fragebogen zur Einkommensanfrage

Einnahmen					
1	a) Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über der Beitragsbemessungsgrenze (5.512,50 €). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein b) Ich beziehe eine Rente der Rentenversicherung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hinweis: Sofern Sie a) mit Ja und b) mit Nein beantworten, sind keine weiteren Angaben mehr erforderlich.				
		Mitglied		privat versicherter Ehegatte	
		monatlich €	jährlich €	monatlich €	jährlich €
2	Lohn/ Gehalt aus unselbständiger Beschäftigung Monatliches Bruttoentgelt, bitte die letzte Gehaltsbescheinigung beifügen.				
	Einmalzahlungen, bitte Nachweis beifügen.				
	Sonstiger geldwerter Vorteil, bitte Nachweis beifügen.				
3	Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit, bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.				
4	Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.				
5	Einnahmen aus Kapitalvermögen, vermindert um die Werbungskosten aber ohne Abzug des Steuerfreibetrages. bitte Nachweise beifügen.				
6 a	Renten (z. B. Alters-, Hinterbliebenen- und Unfallrenten, sowie ausländische Renten), bitte aktuelle Nachweise beifügen.				
	Art:				
	Art:				
	Art:				
6 b	Grundsicherung				
7	Brutto-Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten), bitte aktuelle Bescheide beifügen.				
	Art:				
	Art:				
	Einmalzahlung:				
8	Sozialhilfe, bitte Bescheid beifügen.				
9	Abfindung, bitte Bescheid beifügen.				
10	Sonstige Einnahmen, bitte Nachweis beifügen.				
	Art:				
	Art:				
Angaben zum Lebensunterhalt:					
	<input type="checkbox"/> meine Einnahmen liegen unter dem Mindesteinkommen (1.248,33 €), ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch – bitte Art und Höhe der Einnahmen angeben. _____				

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zur Beitragsnachberechnung führen!

Datum _____

Unterschrift _____

Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____

Datenschutzhinweis: Der Schutz Ihrer Daten genießt bei uns höchste Priorität. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.miele-bkk.de.

Fragen zur selbständigen Tätigkeit	Antworten des Versicherten
Seit wann üben Sie die selbständige Tätigkeit aus?	Seit dem _____
Um welche Tätigkeit handelt es sich ? (u.a. genaue Bezeichnung)	
Wie viel Stunden wöchentlich, einschließlich Vor- und Nacharbeiten, üben Sie die selbständige Tätigkeit aus?	wöchentlich _____ Stunden
Sind diese Einkünfte die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhaltes?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Welche monatlichen Einkünfte erzielen Sie außerdem? (lt. letztem beigefügten Einkommensteuerbescheid)	a) monatliches brutto € _____ aus _____ b) monatliches brutto € _____ aus _____
Haben Sie ein Gewerbe angemeldet, ggf. ab wann? Bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> seit dem _____
In meinem Betrieb habe ich:	<input type="checkbox"/> keine Mitarbeiter gegen Entgelt beschäftigt <input type="checkbox"/> _____ entgeltlich geringfügig beschäftigte(n) Mitarbeiter <input type="checkbox"/> _____ sozialversicherungspflichtige(n) Mitarbeiter Beschäftigt

Datum:

Unterschrift:

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen.

Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., eMail-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die versicherungs- und beitragsrechtliche Feststellung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.



SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

BKK Miele
Carl-Miele-Str. 29
33332 Gütersloh

Fax: 05241/895810

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE04ZZZ00001038379	[Mandatsreferenz – durch BKK Miele auszufüllen]]
---	--

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die BKK Miele, Carl-Miele-Str. 29, 33332 Gütersloh die Sozialversicherungsbeiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der BKK Miele, Carl-Miele-Str. 29, 33332 Gütersloh auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Firmenbezeichnung, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC	IBAN DE
Versichertennummer:	

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen.

Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., eMail-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der versicherungs- und beitragsrechtlichen Feststellung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die versicherungs- und beitragsrechtliche Feststellung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können. Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht.

Wir bitten Sie uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.