

- ledig geschieden seit _____ ich habe _____ Kinder
 verheiratet, mein Ehegatte ist versichert bei: _____
 eingetragene Lebenspartnerschaft, mein Lebensgefährte ist versichert bei: _____

Es ist unbedingt jede Einkommensart mit „Ja“ oder „Nein“ zu kennzeichnen!

- meine monatlichen Einkünfte sind höher als 4.837,50 € (monatliche Beitragsbemessungsgrenze 2021)

Ja	Nein	Einkommensart	monatlich €	jährlich €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lohn/Gehalt inkl. Einmal- oder Sonderzahlungen (brutto)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beamtenbezüge (brutto)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versorgungsbezüge (brutto)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gesetzliche Rente(n) (brutto)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	private oder ausländische Rente(n) (brutto)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kapitalerträge		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialhilfe		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eigener Unterhalt ohne Kindesunterhalt		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abfindung/Entschädigung		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges Einkommen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahmen des Ehegatten, sofern dieser nicht Mitglied einer <u>gesetzlichen</u> Krankenversicherung ist		
		Wenn ohne Einnahmen: Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:		

Als Nachweis sind Fotokopien der entsprechenden Unterlagen (z.B. letzter Einkommensteuerbescheid, Verdienstabrechnung, Bescheid des Sozialamtes, Renten- oder Versorgungsbescheid, Zinsbescheinigung der Bank u.ä.) vorzulegen.

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und richtig beantwortet habe und Änderungen (z.B. bei den beitragspflichtigen Einnahmen) unverzüglich anzeigen werde. Die Mitgliedschaft erlischt durch eine Austrittserklärung mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem der Austritt schriftlich erklärt wird (Bindungsfrist 18 Monate).

Datum:

Unterschrift:

Telefon/Email:

(Bei minderjährigen die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

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.

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.