Bitte zurück an:
ESSO BKK
Osterbekstrasse 90 a
22083 Hamburg

Hinweise zum Datenschutz:
Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 206, 240 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI und ist zur Durchführung der Versicherung erforderlich. Als gesetzliche Krankenkasse / Pflegekasse sind wir zur Geheimhaltung der erhobenen Daten verpflichtet; Ihre Angaben werden deshalb streng vertraulich behandelt.

Angaben zur Berechnung der Beiträge für die freiwillige Krankenversicherung und die Pflegeversicherung

Personalien	
Vorname Name, Geburtsdatum	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft ☐ verwitwet ☐ geschieden
Angehörige	☐ keine ☐ Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder ____
Beruf bzw. Tätigkeit, die ausgeübt wird	

Sofern Sie in einer bestimmten Einkommensart keine Einkünfte erzielen, machen Sie dieses bitte deutlich, in dem Sie die jeweilige Spalte (Bruttobetrag in Euro €) durchstreichen bzw. 0,- hineinschreiben.

Einkommensverhältnisse		
☐ Mein Ehegatte ist nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Seine / Ihre jährlichen Einkünfte belaufen sich auf _____€ für das Jahr _____. **Bitte Nachweis beifügen**		
Art und Höhe der Bruttoeinnahmen		**Bruttobetrag in Euro €**
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit **Bitte den letzten Einkommenssteuerbescheid** **Wöchentliche Arbeitszeit: _____** **Anzahl der Arbeitnehmer (ohne geringfügig Beschäftigte): _____**	☐ monatlich ☐ jährlich	
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung (Bruttoarbeitsentgelt / Sachbezüge / Provisionen, Vorruhestandsgeld) **Bitte Gehaltsabrechnung Dezember beifügen**	☐ monatlich ☐ jährlich	
Renten (Alters-, Hinterbliebenen- Unfallrenten **(ohne Beitragszuschuss)**, ausländische Renten o.ä.) Art der Rente : _____	☐ monatlich ☐ jährlich	
Laufende rentenähnliche Einnahmen (Versorgungsbezüge aus einem Arbeitsverhältnis, Betriebsrenten, Pensionen, Zusatzrenten u.a. inklusive Einmalzahlungen)	☐ monatlich ☐ jährlich	
Abfindungen / Einmalige rentenähnliche Einnahmen (Kapitalabfindungen) Auszahlungstermin: _____ Auszahlungszeitraum : vom _____ bis _____ **Bitte den Bescheid / Vertrag beifügen.**	☐ monatlich ☐ jährlich	
Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen (Zinsen) **Der Sparerfreibetrag ist von den Zinseinkünften nicht abzuziehen !** **Bitte Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen**.	☐ monatlich ☐ jährlich	
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (Unterhalt des früheren Ehegatten, der Eltern usw.) Art: _____ **Bitte Nachweis beifügen.**	☐ monatlich ☐ jährlich	
Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Grundsicherung, Mietzuschüsse usw.) **Bitte den Bescheid beifügen.**	☐ monatlich ☐ jährlich	
☐ Ich habe kein eigenes Einkommen bzw. mein monatliches Einkommen liegt unterhalb von € 875,00. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch _____.		

Ich habe diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung meiner Einkünfte unverzüglich meiner Krankenkasse / Pflegekasse zu melden und geeignete Nachweise hierüber (z.B. Steuerbescheid) umgehend nach deren Zugang vorzulegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

_____ _____ _____
Datum Unterschrift für Rückfragen telefonisch erreichbar unter