

Angaben zur versicherungsrechtlichen Bewertung der selbstständigen Tätigkeit

Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer

Ihre selbstständige Tätigkeit

Welche selbstständige Tätigkeit üben Sie aus? _____
(z. B. Dachdecker oder Steuerberater)

Üben Sie die selbstständige Tätigkeit – nach eigener Einschätzung –
hauptberuflich aus? Ja Nein

Haben Sie Ihr Gewerbe angemeldet? Ja Nein
(Wenn ja, bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung mitschicken, falls diese der mhplus noch nicht vorliegt.)

Bekommen Sie einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit? Ja Nein
(Wenn ja, bitte eine Kopie des Bescheides mitschicken, falls dieser der mhplus noch nicht vorliegt.)

Wenn Sie freiberuflich tätig sind, seit wann üben Sie Ihre Tätigkeit aus? _____

In welchem Umfang üben Sie die selbstständige Tätigkeit aus? _____ Stunden pro Woche

Wie hoch ist Ihr Arbeitseinkommen*) aus der selbstständigen Tätigkeit? _____ € im Jahr _____
(Bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides mitschicken.)

Sind in Ihrem Betrieb Arbeitnehmer beschäftigt? Ja

+ geringfügig beschäftigt Anzahl _____

+ mehr als geringfügig beschäftigt Anzahl _____

Nein

Wenn Sie außerdem abhängig beschäftigt sind

In welchem Umfang üben Sie die abhängige Beschäftigung aus? _____ Stunden pro Woche

Wie hoch ist Ihr monatliches Arbeitsentgelt (Lohn/Gehalt)? _____ €
(Bitte Kopien Ihrer Gehaltsabrechnungen mitschicken.)

Wenn Sie verheiratet sind

Ist Ihr Ehegatte Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse? Ja, bei der _____
 Nein

Übersteigen die monatlichen Einnahmen Ihres Ehegatten 3.745,00 Euro? Ja Nein
(Bitte Kopien der Gehaltsabrechnungen und/oder Einkommensteuerbescheide mitschicken.)

* § 15 Abs. 1 SGB IV: „Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit. Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist.“

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

Datum  Unterschrift des Mitglieds Telefonisch erreichbar unter: _____

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten erheben und verarbeiten wir auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen. Die Angaben brauchen wir, damit wir alles Notwendige für Sie in die Wege leiten. Mehr Infos zum Datenschutz erhalten Sie unter: <https://www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz>