

# Prüfung einer haupt-/nebenberuflichen selbständigen Tätigkeit

HN AN

## Rücksendeadresse

**BKK Faber-Castell & Partner**  
 Postfach 1265  
 94209 Regen

**Ansprechpartner:** Servicebereich Versicherung  
**Telefon:** 09921/9602-365  
**E-Mail:** versicherung.info@bkk-faber-castell.de

## 1. Persönliche Angaben

<b>Vorname</b>	<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Krankenversicherungsnummer</b>	
<b>Wohnort</b>		<b>Telefon*</b>	<b>Mobiltelefon*</b>	<b>E-Mailadresse*</b> <small>*freiwillige Angaben</small>
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> geschieden seit: _____</span> <input type="checkbox"/> verwitwet <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____</span> <input type="checkbox"/> verheiratet, mein(e) Ehepartner(in) ist gesetzlich krankenversichert bei: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, mein(e) Ehepartner(in) ist nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert bei: _____ (bitte Einkommensnachweise des Ehegatten beifügen)			

## 2. Angaben zu Kindern für die Berücksichtigung des Pflegeversicherungsbeitrags

Bitte fügen Sie für jedes Kind dem Fragebogen eine Geburtsurkunde hinzu!	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind
	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind/ Adoptivkind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					

## 3. Angaben zur Rente eines gesetzlichen Rentenversicherungsträgers (z. B. DRV Bund Berlin)

Rentenbeginn		Tag/Monat/Jahr
Rentenhöhe		EUR

## 4. Angaben zu sonstigen Einnahmen

Art der Einnahmen		
Höhe der monatlichen Bruttoeinnahmen		EUR
Einmalzahlungen		EUR (jährlicher Betrag)

## 5. Angaben zu einer Arbeitnehmertätigkeit

Name des Arbeitgebers	
Beschäftigung als (bitte Berufsgruppe angeben)	
Beginn Ihrer Arbeitnehmertätigkeit	Tag/Monat/Jahr
Arbeitszeit wöchentlich	Stunden (wichtige Angabe)
Monatliches Bruttoentgelt/-gehalt inkl. Einmalzahlungen	EUR

## 6. Angaben zu einer selbständigen Tätigkeit

<input type="checkbox"/> Gewerbetreibende(r)	<input type="checkbox"/> freiberuflich Selbständige(r)	<input type="checkbox"/> Vorstandsmitglied einer AG
<input type="checkbox"/> GmbH-Gesellschafter(in)	<input type="checkbox"/> Inhaber(in) einer GbR	<input type="checkbox"/> _____
Gewerbebezeichnung/Art des Gewerbes: _____		
<input type="checkbox"/> Ich beziehe einen Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit (bitte Nachweis beifügen)		
<input type="checkbox"/> Ich bin stiller Teilhaber ohne persönlichen Arbeitseinsatz		
Beginn der selbständigen Tätigkeit		Tag/Monat/Jahr
Arbeitszeit wöchentlich (inkl. Vor- und Nacharbeit)		Stunden (wichtige Angabe)
Prozentuale Anteile im Unternehmen		% (Vertrag beilegen)
Höhe des (zu erwartenden) monatlichen Gewinns		EUR
Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer		Arbeitnehmer
Wöchentliche Arbeitszeit Ihrer Arbeitnehmer		Stunden
Mtl. Bruttoeinkommen Ihrer beschäftigten Arbeitnehmer		EUR

## 7. Angaben zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt (**Nachweise zwingend erforderlich!**)

- Es wird der Ihnen aktuell vorliegende **Einkommensteuerbescheid** benötigt, sofern die Einnahmen aus dem dem Einkommensteuerbescheid entnommen werden können. Sollten diese Einnahmen dort noch nicht ausgewiesen sein (z. B. wegen Neuaufnahme der selbständigen Tätigkeit), wird eine **betriebswirtschaftliche Auswertung benötigt**.
- Fügen Sie bitte immer eine aktuelle **Lohn-/Gehaltsabrechnung** bei. Sollte Ihnen diese noch nicht vorliegen, bitten wir um Zusendung des **Arbeitsvertrags**, worauf die Höhe des Arbeitsentgelts ersichtlich ist.
- Wir bitten um Zusendung einer **Gewerbebeanmeldung**. Sollten Sie Ihre Tätigkeit freiberuflich ausüben, wird ein **eindeutiger Nachweis** der freiberuflichen Tätigkeit benötigt.
- Besonderheit bei der Zugehörigkeit einer GmbH: Bitte senden Sie uns ebenfalls Ihren **Gesellschaftervertrag** zu. Sollte dieser nicht vorliegen, legen Sie bitte einen **eindeutigen Nachweis** für das Vorliegen einer Gesellschaft bei.
- Sollten Sie sich dazu entschließen Ihr Gewerbe abzumelden, bitten wir um Zusendung einer **Gewerbeabmeldung**. Haben Sie eine freiberufliche Tätigkeit ausgeübt und liegt Ihnen keine Gewerbeabmeldung vor, benötigen wir einen **eindeutigen Nachweis** über das Ende der selbständigen Tätigkeit.
- Bei stillen Teilhabern eines Unternehmens wird der **Vertrag** (z. B. Änderungsvertrag über Abgabe der Geschäftsführung, Abtretungsvertrag von Anteilen, usw.) benötigt, aus dem dies hervorgeht.

## 8. Erklärung/Unterschrift

Vorstehende Angaben sind richtig/vollständig. Künftige Änderungen der Einkommensverhältnisse werde ich mitteilen und geeignete Nachweise (siehe Punkt 7) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige/unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. Gläubiger-Identifikationsnummer im SEPA-Lastschriftverfahren der BKK Faber-Castell & Partner lautet: DE97ZZZ000001340.

Ort, Datum: **X**

Unterschrift: **X**

Datenschutzhinweis (Art. 5,6 DSGVO i.V.m. § 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I und § 206 SGB V verpflichtet