

Fragebogen für Selbstständige

1. Familienstand ledig verheiratet geschieden
2. Mein Ehegatte ist gesetzlich krankenversichert bei _____
Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören z. B.: AOK, BKK, IKK, LKK, Ersatzkassen, etc. (Bitte Name und Ort der Krankenkasse angeben.)
3. Mein Ehegatte ist privat krankenversichert bei _____
Bitte monatliches / jährliches Einkommen angeben: _____ mtl. _____ jährl.
(Bitte Kopien der aktuellen Einkommensnachweise beifügen.)
- Ich habe _____ (Anzahl) unterhaltsberechtigter Kinder, die **nicht** gesetzlich krankenversichert sind.
 Ich habe _____ (Anzahl) unterhaltsberechtigter Kinder, die gesetzlich krankenversichert sind.
4. Angaben zur selbstständigen Tätigkeit:
- Beginn der selbstständigen Tätigkeit (Bitte Gewerbeanmeldung beifügen.) _____
 - Art der selbstständigen Tätigkeit _____
 - Wöchentliche Arbeitszeit, einschließlich Vor- und Nacharbeit _____ Wochenstunden
- Höhe der Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit monatlich:
(Bitte aktuellsten Einkommensteuerbescheid und weitere geeignete Nachweise beifügen.) _____
- Erhalten Sie eine Förderung von der Agentur für Arbeit? (Bitte Nachweise beifügen.) ja nein
 - Haben Sie in Ihrem Betrieb einen oder mehrere Arbeitnehmer angestellt? ja nein
Wenn ja: Ergänzen Sie bitte Name, wöchentliche Arbeitszeit und die Höhe des monatlichen Entgelts des/r Arbeitnehmer/s.
- | Name | wöchentliche Arbeitszeit | mtl. Entgelt |
|------|--------------------------|--------------|
|------|--------------------------|--------------|

5. Angaben zum Lebensunterhalt

- Steht Ihnen weiteres Einkommen zur Bestreitung Ihres Lebensunterhaltes zur Verfügung? (Wohngeld, Kindergeld, Unterhalt, Kindesunterhalt, Einkünfte aus einer Beschäftigung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, usw.) ja nein
- Wenn ja, welches weiteres Einkommen haben Sie? (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.) _____
- Werden Sie von Ihrem Ehe-/Lebenspartner finanziell unterstützt? ja nein
- Wenn ja, in welcher Form? (Unterstützungsbetrag, Kost und Logis frei, usw.) _____
(Bitte fügen Sie einen Nachweis bei)

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder per Mail über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger BKK zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Die vorstehenden Angaben sind richtig und vollständig. Künftige Änderungen meiner Einkommensverhältnisse werde ich Ihnen mitteilen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____