

Informationen zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung für Erwerbslose

Als gesetzliches Mindesteinkommen für die freiwillige Weiterversicherung gilt ein Betrag in Höhe von **1.178,33 EUR**.

Aus der folgenden Aufstellung können Sie die in diesem Fall geltende Beitragshöhe entnehmen:

	Monatliche Beitragshöhe
Krankenversicherung	181,47 EUR (15,4 %)
Pflegeversicherung	40,06 EUR (3,4 %)
Pflegeversicherung mit Kinderlosenzuschlag	47,13 EUR (4,0 %)

Stand: 1. Januar 2024

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung ist ab dem 01.07.2023 abhängig von der Kinderzahl. Weitere Informationen und Details können Sie auf unserer [Homepage](#) unter dem Suchbegriff „Beitragsabschlag“ nachlesen.

Sind Ihre tatsächlichen Einnahmen höher als das gesetzliche Mindesteinkommen, müssen wir die Beiträge selbstverständlich anhand dieser berechnen. Zu den Einnahmen zählen alle Einkunftsarten des Steuerrechts, wobei eine Verrechnung positiver und negativer Einkünfte verschiedener Einkunftsarten nicht zulässig ist.

Für die Berechnung der Beiträge benötigen wir Einkommensnachweise (z. B. aktuellster Einkommensteuerbescheid, Zinsbescheinigung).

Erfolgt der Nachweis nicht zeitnah, sind wir zur Nachberechnung verpflichtet.

Sofern Ihr Ehegatte privat krankenversichert ist, gibt es Besonderheiten bei der Beitragsberechnung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Anmeldung zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung

Rückantwort

R+V BKK
65215 Wiesbaden

Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung erfolgt ab: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zusätzliche Angaben:

- Ende des Anspruchs auf Familienversicherung
- Ende der Krankenversicherung der Studenten
- Erwerbslosigkeit ohne Leistungsbezug durch die Agentur für Arbeit

Ich bin verheiratet: Ja Nein

Mein Ehepartner ist:

- gesetzlich krankenversichert bei: _____ (Name der Krankenkasse)
- privat krankenversichert

Ort, Datum

Unterschrift

Tel.-Nr.

Fragebogen zur Einkommensermittlung für die Beitragsberechnung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Einnahmen des Mitglieds	Monatlich EUR	Jährlich EUR
Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit ¹		
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung ¹		
Einnahmen aus Kapitalvermögen (vermindert um die Werbungskosten, aber ohne Abzug des Sparerfreibetrages) ²		
Lohn/Gehalt aus unselbstständiger Beschäftigung (Monatliches Bruttoentgelt) ³		
Einmalzahlungen ²		
Sonstiger geldwerter Vorteil ²		
Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- u. Unfallrenten, ausländische Renten) ⁴ Art: _____		
Art: _____		
Brutto-Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- u. Zusatzrenten) ⁴ Art: _____		
Art: _____		
Einmalzahlungen ²		
Abfindung ⁵		
Sonstige Einnahmen ² Art: _____		
Art: _____		

Angaben zum Lebensunterhalt

Meine Einnahmen liegen unter 1.178,33 EUR, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

¹ Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid beifügen.

² Bitte Nachweis/e beifügen.

³ Bitte letzte Gehaltsabrechnung beifügen.

⁴ Bitte aktuelle Bescheide beifügen.

⁵ Bitte Vertrag beifügen.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mit ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen. **Hinweis:** Stehen die tatsächlichen Einkommensverhältnisse noch nicht fest, so sind diese pflichtgemäß im Voraus zu schätzen.

Ort, Datum

Unterschrift

Tel.-Nr.

Hinweis zum Datenschutz: Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.

R+V BKK
65215 Wiesbaden

oder per Fax an: 0611 99909-152

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE83ZZZ00000090916

Mandatsreferenz:
Wird separat mitgeteilt

Versichertennummer

SEPA-Lastschriftmandat

Mitglieder

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige die R+V BKK, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der R+V BKK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name (Kontoinhaber): _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC (8- oder 11-stellig): _____

IBAN (max. 31-stellig): _____

Ort / Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bei abweichendem Kontoinhaber:

- Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die gesetzliche bzw. vertragliche Zahlungsverpflichtung mit:

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

