

# Aufnahmeantrag

## In die freiwillige Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Telefon: 0800 7245 900 (kostenfrei)

Fax: 0800 7245 901

E-Mail: willkommen@meine.knappschaft.de

[www.knappschaft.de/freiwilligemitgliedschaft](http://www.knappschaft.de/freiwilligemitgliedschaft)

KNAPPSCHAFT

Fachzentrum für Versicherung und Beitrag

45095 Essen

### ANGABEN ZUR PERSON

Anrede <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Krankenversicherten-Nr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	Rentenversicherungs-Nr. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	
Geburtsname <input type="text"/>	
Geburtsort <input type="text"/>	
Geburtsland <input type="text"/>	
Straße, Hausnummer <input type="text"/>	
Postleitzahl <input type="text"/>	
Wohnort <input type="text"/>	
Telefonnummer* <input type="text"/>	
E-Mail* <input type="text"/>	
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet seit <input type="text"/>	

(\*freiwillige Angabe)

### ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

Ich möchte mich ab dem  freiwillig versichern als

versicherungsfreie Arbeitnehmerin / versicherungsfreier Arbeitnehmer

Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer

Selbstständige / Selbstständiger

Ich bin seit dem  selbstständig tätig als

wöchentliche Arbeitszeit:  Stunden (einschl. Vor- und Nacharbeiten sowie Prüfaufwand für die Personalführung)

Ich beschäftige  Arbeitnehmer,

Davon geringfügig: , gesamtes monatliches Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten  Euro

Bei meiner bisherigen Krankenkasse war ich bereits aufgrund meiner Selbstständigkeit freiwillig versichert und hatte dort das gesetzliche Krankengeld gewählt

ja

nein

Beamtin / Beamter / Pensionärin / Pensionär

Hausfrau / Hausmann

Rentnerin / Rentner

Schülerin / Schüler

Umschülerin / Umschüler

Studentin / Student

Sozialhilfeempfängerin / Sozialhilfeempfänger

### ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNGSZEIT

(Muss nur ausgefüllt werden, wenn in dieser Zeit keine Versicherung bei der KNAPPSCHAFT bestand.)

In den letzten 5 Jahren vor der Antragstellung war ich bei folgenden Krankenkassen versichert:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

### BEI WECHSEL ZUR KNAPPSCHAFT

Ich war bisher

- familienversichert
- pflichtversichert
- freiwillig versichert
  - Ich möchte die Mitgliedschaft bei meiner Krankenkasse kündigen (Bindungsfrist von mindestens 12 Monaten ist erfüllt)
  - Meine bisherige Krankenkasse erhöht den Zusatzbeitragssatz (Sonderkündigungsrecht)

### FAMILIENVERSICHERUNG

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen:

- ja (Bitte senden Sie mir den Antrag zur Familienversicherung zu.)
- nein

### PFLEGEVERSICHERUNG

- Ich habe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen / Vorschriften bei Krankheit und Pflege einen **eigenen** Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.
- Angaben zur Elterneigenschaft:
  - Ich habe/hatte \_\_ Kinder, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben/hätten.  
(Für jedes Kind wird ein Nachweis benötigt.)
  - Ein entsprechender Nachweis (z. B. Geburtsurkunde)
    - ist beigefügt.
    - liegt bereits vor.
- Ich habe / hatte ein Kind.  

---

Name, Vorname, Geburtsdatum eines Kindes \_\_\_\_\_

- Ein entsprechender Nachweis (z. B. Geburtsurkunde)
  - ist beigefügt.
  - liegt bereits vor.

### BEITRAGSZAHLUNG

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Arbeitgeber die zu zahlenden Beiträge zusammen mit den übrigen Sozialversicherungsbeiträgen an die KNAPPSCHAFT überweist.
- Ich wünsche, dass die von mir zu entrichtenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von meinem Konto mittels Lastschrift eingezogen werden. Bitte senden Sie mir hierzu ein SEPA-Lastschriftmandat zu.
- Ich werde die monatlichen Beiträge zum Fälligkeitstermin (15. des Folgemonats) selbst an die KNAPPSCHAFT überweisen.
- Die Beitragsübernahme erfolgt zu Lasten des örtlichen Sozialamtes.

### BEITRAGSMELDUNG AN DIE FINANZVERWALTUNG

Die KNAPPSCHAFT ist verpflichtet, die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie die eventuell erstatteten Beiträge oder geleisteten Prämien bzw. Bonuszahlungen an die Finanzverwaltung zu übermitteln.

Meine persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke

Sie brauchen uns Ihre Steuer-Identifikationsnummer nicht mitzuteilen. Gerne ermitteln wir diese für Sie. Nähere Informationen zur Beitragsmeldung an die Finanzverwaltung enthält das Merkblatt.

Bitte reichen Sie für alle Einkünfte entsprechende Einkommensnachweise / Anpassungsmitteilungen ein. Hierdurch vermeiden Sie Rückfragen. Besteht keine Einkommensteuerpflicht, bitten wir anhand geeigneter Unterlagen die Höhe Ihrer Einkünfte nachzuweisen.

**ICH HABE FOLGENDE BRUTTO-EINNAHMEN:**

**Arbeitsentgelt** (Lohn / Gehalt, auch aus einer geringfügigen Beschäftigung) mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
jährliche Einmalzahlungen  
am \_\_\_\_\_ und am \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro und \_\_\_\_\_ Euro  
(Fügen Sie bitte Lohn- / Gehaltsnachweise sowie Nachweise über die Sonderzuwendungen bei.)

**Rente(n)** der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten)  
- ohne Beitragszuschuss -  
Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_ mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
(Fügen Sie bitte den aktuellen Renten- / Anpassungsbescheid bei.)  
Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_ mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
(Fügen Sie bitte den aktuellen Renten- / Anpassungsbescheid bei.)  
Rentenversicherungsträger: \_\_\_\_\_  
Einmalzahlung in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro ausgezahlt am: \_\_\_\_\_  
(Fügen Sie bitte den aktuellen Renten- / Anpassungsbescheid bei.)

**Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebs-, Zusatzrenten, Pensionen) mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
- Bitte ggf. weitere Versorgungsbezüge auf Ergänzungsblatt angeben -  
Zahlstelle: \_\_\_\_\_  
jährliche Einmalzahlungen in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
Kapitalleistung aus Direktversicherung / Kapitallebensversicherung / Kapitalabfindung ausgezahlt am: \_\_\_\_\_  
davon betrieblich finanziert in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro und/oder ggf. privat finanziert  
in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
(Fügen Sie bitte den aktuellen Bescheid über die Versorgungsbezüge bzw. den Nachweis über die Einmalzahlung bei.)

**Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit**  
Mir wurde im Rahmen der selbstständigen Tätigkeit ein Einkommensteuerbescheid  
 bereits erteilt (Fügen Sie bitte den aktuellen Einkommensteuerbescheid bei.)  
 nicht erteilt  
Höhe des geschätzten Arbeitseinkommen mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
(Fügen Sie bitte qualifizierte Nachweise über die Höhe des zu erwartenden Arbeitseinkommens bei  
(z. B. Erklärungen von Steuerberatern, finanz- und betriebswirtschaftliche Auswertungen, sorgfältige und gewissenhafte Schätzung Ihrerseits.)  
 es besteht keine Verpflichtung zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung  
(Fügen Sie bitte eine Nichtveranlagungsbescheinigung sowie sonstige Nachweise über die Höhe Ihres Arbeitseinkommens bei.)  
 Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit  
(Fügen Sie bitte den Bescheid über den Zuschuss der Agentur für Arbeit bei.)

**Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung**  
Ein Einkommensteuerbescheid, der die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung enthält, wurde mir  
 bereits erteilt (Fügen Sie bitte den aktuellen Einkommensteuerbescheid bei.)  
 nicht erteilt  
Höhe der geschätzten Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
(Fügen Sie bitte qualifizierte Nachweise über die Höhe der zu erwartenden Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bei - z. B. Erklärung von Steuerberatern, Mietverträgen, sorgfältige und gewissenhafte Schätzung Ihrerseits.)  
 es besteht keine Verpflichtung zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung  
(Fügen Sie bitte eine Nichtveranlagungsbescheinigung sowie sonstige Nachweise über die Höhe Ihres Arbeitseinkommens bei.)

**Einnahmen aus Kapitalvermögen** jährlich \_\_\_\_\_ Euro  
 (Fügen Sie bitte geeignete Einkommensnachweise bei.)

**Abfindung, Entschädigung oder ähnliche Leistungen**  
 (wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses)

am \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
 (Fügen Sie bitte zusätzlich entsprechende Unterlagen, z. B. Vertrag, Vereinbarung oder Sozialplan bei.)

**Sonstige Einnahmen**  
 (u. a. Unfallrenten, Versorgungsrenten, Renten aus privater Lebensversicherung, Rentenabfindungen, Unterhaltszahlungen des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten bzw. Lebenspartners nach dem LPartG, Sozialhilfe, Grundsicherungsleistungen, betriebliche Zuschüsse, betriebliche Sachbezüge oder Barabgeltungen, Deputate)

Art der Einnahme \_\_\_\_\_ in Höhe von mtl. \_\_\_\_\_ Euro

Art der Einmalzahlung \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
 (Fügen Sie bitte geeignete Einkommensnachweise bei.)

**ANGABEN ZUM EHEPARTNER BZW. LEBENSPARTNER NACH DEM LPARTG (EHEGATTEN):**

Nachfolgende Angaben sind nur dann erforderlich, wenn Ihr Ehegatte, nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, weil dieser beispielsweise als Beamter, Richter oder Berufssoldat Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall besitzt und demzufolge privat krankenversichert ist.

Mein Ehepartner gehört **keiner** gesetzlichen Krankenkasse an.  
 Die Brutto-Gesamteinnahmen meines Ehegatten belaufen sich ab \_\_\_\_\_ auf mtl. \_\_\_\_\_ Euro  
 Einmalzahlung (z. B. Urlaubsgeld) für den Monat \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro  
 Einmalzahlung (z. B. Weihnachtsgeld) für den Monat \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

**Bitte fügen Sie entsprechende Einkommensnachweise bei.**

Mein Ehegatte und ich haben \_\_\_\_\_ gemeinsame unterhaltsberechtigende Kinder.  
 Davon sind \_\_\_\_\_ Kinder familienversichert.  
 Davon sind \_\_\_\_\_ Kinder nicht familienversichert, weil die Durchführung der Familienversicherung  
 nach § 10 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist.  zwar möglich wäre, jedoch nicht gewünscht ist.

Mein Ehegatte hat \_\_\_\_\_ unterhaltsberechtigende Kinder, die gleichzeitig meine Stiefkinder sind.  
 Davon sind \_\_\_\_\_ Kinder familienversichert.  
 Davon sind \_\_\_\_\_ Kinder nicht familienversichert, weil die Durchführung der Familienversicherung  
 nach § 10 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist.  zwar möglich wäre, jedoch nicht gewünscht ist.

Der andere Elternteil meiner Stiefkinder leistet Unterhalt:  ja  nein

Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder, die gleichzeitig Stiefkinder meines Ehegatten sind.

**ANGABEN ZUM LEBENSUNTERHALT:**

Meine Einnahmen liegen unter dem Mindesteinkommen für sonstige freiwillige Versicherte (den aktuellen Wert können Sie der beigefügten Anlage entnehmen). Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch \_\_\_\_\_

**FOLGENDE ANLAGEN FÜGE ICH BEI:**

Kopie der Gewerbeanmeldung

Einkommensnachweis (z. B. Einkommensteuerbescheid)\*

Bescheinigung des privaten Versicherungsunternehmens / Kopie des Pflegeversicherungsvertrages

Bescheinigung über einen bestehenden Beihilfe- / Heilfürsorgeanspruch

Antrag auf Familienversicherung

Erklärung zum Krankengeld für hauptberuflich Selbstständige

\_\_\_\_\_

Das Merkblatt mit Informationen zur freiwilligen Versicherung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde **jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen** der KNAPPSCHAFT unverzüglich mitteilen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unwahre oder nicht vollständige Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

---

Datum

---

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Angaben kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte, z. B. andere Sozialleistungsträger oder von uns beauftragte Dritte sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.knappschaft.de/datenschutz](http://www.knappschaft.de/datenschutz).

- 
- \* Zahlenmäßige Angaben, die für die Belange der Kranken- und Pflegeversicherung nicht von Bedeutung sind, können unkenntlich gemacht werden. Die Angaben können auch durch eine gesonderte Erklärung des Steuerberaters oder des Finanzamtes erbracht werden, aus der das Datum des letzten Einkommensteuerbescheides ersichtlich ist.



# Informationen zur freiwilligen Versicherung für Ihre Unterlagen

## Wer wird freiwillig versichert?

- Personen, die **als Mitglied aus der Versicherungspflicht** (z. B. durch Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung, Beendigung der Krankenversicherung der Studenten) **ausscheiden**.
- Personen, die aus der **Familienversicherung** ausscheiden (z. B. durch Scheidung, Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, Erreichen der Altersgrenzen bei Kindern).
- Kinder, für die eine **Familienversicherung** durch Gesetz **ausgeschlossen** ist, wenn der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate, oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert war.

## Wie werde ich freiwilliges Mitglied?

Eine endende Pflichtversicherung oder Familienversicherung wird automatisch als freiwillige Krankenversicherung fortgeführt (obligatorische Anschlussversicherung). Für die Aufnahme als freiwilliges Mitglied ist kein Antrag erforderlich. Jedoch werden die Angaben in dem beigefügten Antrag benötigt, um die Beiträge berechnen zu können.

Haben Sie Kinder, für die eine Familienversicherung ausgeschlossen ist, ist dieser Antrag spätestens **drei Monate** nach der Geburt des Kindes bei uns einzureichen.

## Wann beginnt die freiwillige Mitgliedschaft?

Ihre freiwillige Versicherung beginnt

- bei **Beendigung Ihrer versicherungspflichtigen Mitgliedschaft** mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht,
- bei **Ausscheiden aus der Familienversicherung** mit dem Tag danach
- **ansonsten** mit dem Tag des Beitritts zur KNAPPSCHAFT.

Bei Kindern, für die die Familienversicherung ausgeschlossen ist, beginnt die freiwillige Versicherung mit dem Tag der Geburt.

## Haben hauptberuflich Selbstständige Anspruch auf Krankengeld?

Hauptberuflich Selbstständige haben grundsätzlich keinen gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld. Es besteht jedoch die Möglichkeit, gegen Zahlung von Beiträgen in Höhe des allgemeinen Beitragssatzes eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit zu wählen. Zusätzlich können Sie einen Wahltarif Krankengeld als Ergänzung zum gesetzlichen Krankengeld abschließen. Durch diesen erwerben Sie einen Krankengeldanspruch wahlweise ab dem 15. Tag oder 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Bei Abschluss des Wahltarifs Krankengeld ist eine zusätzliche Prämie in Abhängigkeit zum gewählten Beginn und zur Höhe des Krankengeldes zu zahlen. **Achtung:** Erzielen hauptberuflich Selbstständige während ihrer Arbeitsunfähigkeit weiterhin beitragspflichtiges Arbeitseinkommen (= Gewinne), kann dieses zum (teilweisen) Ruhen ihres Krankengeldanspruchs führen.

## Wie hoch sind meine Beiträge?

### Allgemeines

Beitragspflichtige Einnahmen sind:

- Arbeitsentgelt

- Renten der gesetzlichen Rentenversicherung (auch aus dem Ausland)
- Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrenten) Hierzu zählt auch der betrieblich finanzierte Teil von Kapitalleistungen aus einer Direktversicherung bzw. einer befreienden Lebensversicherung.
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit sowie
- alle übrigen Einnahmen (z. B. Unfallrenten, Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen, Einnahmen aus Kapitalvermögen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Unterhaltszahlungen, Sozialhilfe, Abfindungen, privat finanzierte Kapitalleistungen).

Sollten Sie die Höhe Ihres Arbeitseinkommens bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht genau kennen, berechnen wir Ihre Beiträge zunächst vorläufig nach einem von Ihnen geschätzten Einkommen. Sobald Ihre Einkommensverhältnisse endgültig feststehen, werden wir die Beiträge vom Beginn der selbstständigen Tätigkeit an rückwirkend neu berechnen.

### Berechnungsgrundlage

Sind Ihre Bruttoeinkünfte geringer als das gesetzlich vorgeschriebene **Mindesteinkommen**, so werden die Beiträge ausgehend von diesem Mindestbetrag berechnet. Ansonsten werden Ihre tatsächlichen Einnahmen in der gesetzlich geregelten Reihenfolge bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Sofern Ihr **Ehegatte nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehört und seine Einnahmen höher sind als Ihre eigenen Einnahmen**, dann sind für die Beitragsbemessung neben Ihren Einnahmen auch die Einnahmen Ihres Ehegatten zu Grunde zu legen. Von den Einnahmen Ihres Ehegatten ist vor der Anrechnung für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigende Kind, für das eine Familienversicherung besteht bzw. bestehen könnte, jedoch nicht gewünscht ist, ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen. Für gemeinsame unterhaltsberechtigende Kinder, für die eine Familienversicherung nur wegen des besonderen Versicherungsausschlusses nicht durchgeführt werden kann, beträgt der Absetzbetrag ein Drittel der monatlichen Bezugsgröße. Für Kinder Ihres Ehegatten, die gleichzeitig Ihre Stiefkinder sind, halbieren sich die vorgenannten Absetzbeträge auf ein Zehntel bzw. ein Sechstel der monatlichen Bezugsgröße. Dies gilt jedoch nicht, sofern vom anderen Elternteil Ihrer Stiefkinder kein Unterhalt geleistet wird. Für die Beitragsbemessung werden nacheinander Ihre eigenen Einnahmen und die Einnahmen Ihres Ehegatten addiert. Der so ermittelte Betrag wird halbiert und maximal bis zur Hälfte der Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Bei freiwillig versicherten **Fachschülern** bzw. **Berufsfachschülern und Studenten**, die **an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule** eingeschrieben sind, erfolgt die Beitragsbemessung wie bei pflichtversicherten Studenten nach den BAföG-Bedarfsbeträgen.

Für freiwillige Mitglieder, **die selbstständig** tätig sind, gilt seit dem 1. Januar 2018 ein zweistufiges Beitragsverfahren. Danach werden die Beiträge aus den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit sowie aus eventuellen Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung auf Basis

des aktuellsten Einkommensteuerbescheides zunächst zukunftsbezogen vorläufig und erst nach Vorlage des Einkommensteuerbescheides für das jeweilige Kalenderjahr rückwirkend – frühestens ab 1. Januar 2018 – endgültig festgesetzt. Unter bestimmten Voraussetzungen kann diese Beitragsbemessungsgrundlage auf Antrag zunächst für die Zukunft (nicht rückwirkend) gemindert werden. Nähere Hinweise hierzu halten wir in einer besonderen **Informationsbroschüre: „Mit Plan ins neue Business. Eine Information für Selbstständige und Existenzgründer.“** für Sie bereit. Neben Ihren Einnahmen ist für die Beitragsberechnung der jeweilige Beitragssatz maßgebend.

Der beigefügten **Anlage** können Sie

- die Beitragsbemessungsgrenze
  - die Bezugsgröße
  - das Mindesteinkommen und
  - die Beitragssätze
- entnehmen.

### **Wann und wie werden die Beiträge gezahlt?**

Die Beiträge werden grundsätzlich am **15. des folgenden Monats** fällig, für den sie gelten sollen. Das heißt, dass die Beiträge so zu zahlen sind, dass sie der KNAPPSCHAFT am 15. des Folgemonats zur Verfügung stehen.

Sie können durch Teilnahme am **SEPA-Lastschriftverfahren** die Beiträge auf einfache und bequeme Weise entrichten. So sparen Sie Zeit sowie zusätzliche Kosten. Selbstverständlich werden Sie auch in diesem Fall über alle Veränderungen in der Beitragsberechnung informiert.

Als **freiwillig versicherter Rentner** haben Sie Anspruch auf einen Zuschuss zu den Aufwendungen Ihrer Krankenversicherung. Diesen Beitragszuschuss erhalten Sie von Ihrem Rentenversicherungsträger auf Antrag. Antragsformulare halten wir für Sie bereit.

Für **Beschäftigte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze** freiwillig versichert sind, kann der Arbeitgeber die Beiträge zur Krankenversicherung zusammen mit den übrigen Sozialversicherungsbeiträgen an die KNAPPSCHAFT abführen. Sie erhalten einen Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von Ihrem Arbeitgeber.

### **Wann endet meine freiwillige Mitgliedschaft?**

Ihre Mitgliedschaft **endet** bei **Eintritt einer Pflichtversicherung** z. B. durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Eintritt in die Krankenversicherung der Rentner.

Ansonsten endet die freiwillige Versicherung nur durch **Ihre schriftliche** Kündigung. Die Kündigungsfrist beträgt zwei volle Kalendermonate und wird nur wirksam, wenn zuvor eine Mitgliedschaft von mindestens 12 Monaten bestand.

**Ausnahme:** Besteht ein **Anspruch** auf **Familienversicherung**, so endet die freiwillige Versicherung bei entsprechender Kündigung mit **Beginn** der Familienversicherung.

Bei einem Wechsel in die private Krankenversicherung bedarf es keiner Bindungsfrist, es sei denn Sie nehmen an einem Wahltarif teil.

### **Wieso ist eine Beitragsmeldung an die Finanzverwaltung erforderlich?**

Im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes Krankenversicherung haben die Krankenkassen gegenüber der Finanzverwaltung bestimmte Meldepflichten über die von den Mitgliedern gezahlten Beiträge zu erfüllen. Die gezahlten Beiträge gelten als Sonderausgaben und mindern das zu versteuernde Einkommen und damit die Steuerlast.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzverwaltung zu übermitteln. Wurde die Steuer-Identifikationsnummer im Antrag nicht angegeben, dann ist die KNAPPSCHAFT berechtigt, diese beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen.

Die KNAPPSCHAFT als Krankenkasse meldet daher spätestens bis zum letzten Tag des Monats Februar des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr die Höhe der selbst durch die Mitglieder gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Aufgrund der Meldung werden die Beitragszahlungen bei Ihrer Einkommensteuererklärung berücksichtigt. Von unserer Meldung an die Finanzverwaltung erhalten Sie automatisch einen Abdruck für Ihre Unterlagen.

Beiträge und Beitragszuschüsse, die vom Arbeitgeber oder der Rentenversicherung gezahlt bzw. einbehalten werden, übermitteln der Arbeitgeber mit der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung oder der Rentenversicherungsträger mit der Rentenbezugsmitteilung direkt an die Finanzverwaltung.

Erstattete Beiträge sowie ausgeschüttete Prämien (z. B. für die Wahltarife Selbstbehalt, Leistungsfreiheit oder prosper / proGesund) bzw. Bonuszahlungen für gesundheitsbewusstes Verhalten sind ebenfalls zu melden. Dagegen werden die von Ihnen gezahlten Prämien für Wahltarife und Zusatzversicherungen nicht maschinell an die Finanzverwaltung gemeldet.

### **Kann auch mein Ehepartner Mitglied der KNAPPSCHAFT werden?**

Ehegatten, die bei einer anderen Krankenkasse krankenversichert sind, können selbstverständlich Mitglied der KNAPPSCHAFT werden. Sprechen Sie uns an! Wir informieren Sie über Ihre Vorteile.

### **Und die Pflegeversicherung?**

Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert. Für die Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung werden grundsätzlich dieselben beitragspflichtigen Einnahmen wie in der Krankenversicherung zugrunde gelegt. Zusätzlich unterliegt in der Pflegeversicherung das Arbeitsentgelt aus einem Minijob der Beitragspflicht.

Freiwillig Versicherte, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung befreien lassen. Über die genauen Voraussetzungen und Antragsfristen beraten wir Sie gern.