Pronova BKK

Antrag zur Feststellung der Belastungsgrenze für das Kalenderjahr von 2023

KV-Nummer:

Einkommensverhältnisse und Angehörige

Zur Feststellung meiner Belastungsgrenze mache ich folgende Angaben zu den Einkommensverhältnissen meines Haushalts und zu den mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Ehefrau/Ehemann oder Lebenspartner/in nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder). Dabei gebe ich alle **Bruttoeinnahmen** des genannten Kalenderjahres an, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

☐ Die Spalten haben nicht ausgereicht – bitte beachten Sie das Beiblatt – vielen Dank.	**Mitglied**	**Ehegatte/ Lebenspartner*in**	**Kind**	**Kind**
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Versichert bei folgender Krankenkasse (wichtig: Name und Sitz der Krankenkasse angeben)	**Pronova BKK**			
Heimunterbringung? Wenn ja, werden die Heimkosten durch Sozialhilfeträger übernommen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐

Monatliche **Bruttoeinkünfte** in € (unbedingt Nachweise in Kopie zu jedem vorhandenen Einkommen beifügen)

Arbeitsentgelt/Lohn/Gehalt				
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit				
Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung				
Gesetzl. Renten, z. B.: Alters-/Erwerbsminderungs-, Hinterbliebenenrente, Zuschlag zur Rente				
Betriebs-/Werksrente/Ruhegeld				
Rente der gesetzlichen Unfallversicherung				
Ausländische Rente				
Einkünfte aus der privaten Lebensversicherung				
Sonder-/Einmalzahlungen				
Kranken-/Übergangs-/Verletztengeld				
Arbeitslosengeld				
Sozialhilfe/Grundsicherungsleistungen				
Unterhaltsleistungen				
Einnahmen aus Vermietung und/oder Verpachtung				
Zinseinkünfte				
Einmalige Einnahmen				
Sonstige Einnahmen				

☐ Ich erhalte seit mindestens 1 Jahr Leistungen des Pflegegrads 3, 4 oder 5.

Aktuelle Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Ich bestätige, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich mein Einkommen oder das meiner Angehörigen verändert oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden. Meine Familienangehörigen haben der Abgabe der erforderlichen Daten zugestimmt.

Datum	Unterschrift des Mitglieds	Telefon

5671690 2@IS
av:f;620001a
BKK20SX78EU