

# Заява про членство Mitgliedserklärung

## Добровільне медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді Freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung

### Особисті дані Persönliche Angaben

Formular VTregional

Я переходжу до IKK classic з (або вказати найближчу можливу дату)  
Ich wähle die IKK classic ab (bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

### Мої особисті дані Meine persönlichen Daten

- жіноча weiblich  чоловіча männlich  
 різна divers  не визначена unbestimmt

Ім'я Vorname

Прізвище Name

Вулиця, номер будинку Straße, Hausnummer

Поштовий індекс, місто PLZ, Ort

Телефон (протягом дня)\* Telefon (tagsüber)\*

Електронна пошта\* E-Mail\*

Дата народження Geburtsdatum

Номер пенсійного страхування Rentenversicherungsnummer

Прізвище при народженні Geburtsname

Місто народження Geburtsort

Країна народження Geburtsland

Громадянство Staatsangehörigkeit

#### Сімейний стан Familienstand

- неодружений/незаміжня ledig
- одружений/заміжня, з verheiratet, seit
- розлучений/розлучена, з geschieden, seit
- вдівець/вдова з verwitwet, seit

Мій чоловік/дружина має обов'язкове медичне страхування  
Mein Ehepartner ist gesetzlich krankenversichert

- так Ja  ні Nein

(Зверніть увагу на інформацію про доходи на аркуші 3)  
(Bitte beachten Sie die Angaben zum Einkommen auf Blatt 3)

### Exemption from long-term care insurance

Befreiung von der Pflegeversicherung

- Yes (Please enclose proof)  No  
Ja (Bitte Nachweis beifügen) Nein

### I have/had children (natural children, adopted children, stepchildren, foster children)

Ich habe/hatte Kinder (leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder, Pflegekinder)

- Yes (Please enclose proof, e.g. birth certificate)  No  
Ja (Bitte Nachweise beifügen, z. B. die Geburtsurkunde) Nein

Причина мого переходу: Grund meines Wechsels:

- Припинення попереднього медичного страхування  
Kündigung der bisherigen Krankenkasse
- Зміни в моїх страхових відносинах  
Änderungen in meinem Versicherungsverhältnis

### Інформація про роботу/групу осіб

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/zum Personenkreis

Я з Ich bin ab/seit

працівник Arbeitnehmer

(Ім'я та адреса роботодавця)  
(Name und Anschrift des Arbeitgebers)

самозайнятий/фрилансер selbstständig/freiberuflich

Кількість працівників Anzahl Arbeitnehmer

з них працівники, які працюють неповний робочий день та щомісячна зарплата не перевищує 450 євро в місяць  
davon geringfügig Beschäftigte

щотижня Робочий час wöchentl. Arbeitszeit

колишній військовослужбовець за контрактом  
ehemaliger Zeitsoldat  
Закінчення служби Dienstende am

не працюю nicht erwerbstätig  учасник товариства – керівник  
(будь ласка, закресліть те, що не застосовується)  
Gesellschafter – Geschäftsführer  
(Nichtzutreffendes bitte ggf. streichen)

пенсіонер/ка Rentner  державний службовець/пенсіонер (ексциновник)  
(маю право на отримання допомоги)  
Beamter/Pensionär  
(beihilfeberechtigt)

учень/студент Schüler/Student  Інше Sonstiges

одержувач базового забезпечення/соціальної допомоги на проживання Empfänger von Grundsicherungsleistungen/Leistungen zum Lebensunterhalt

## Право на отримання допомоги у зв'язку з хворобою (тільки для самозайнятих осіб, що працюють повний робочий день) Krankengeldanspruch (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige)

Я подаю заяву на медичне страхування Ich beantrage eine Krankenversicherung

без права на отримання допомоги у зв'язку з хворобою (У разі зміни медичної страхової компанії: немає періоду зобов'язань для отримання передбаченої законом допомоги у зв'язку з хворобою) ohne Anspruch auf Krankengeld (Bei Kassenwechsel: Es besteht keine Bindungsfrist für einen gesetzlichen Krankengeldanspruch)

з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою з  (Будь ласка, вкажіть дату початку страхування з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою) mit Anspruch auf Krankengeld ab (Bitte Datum eintragen, zu wann die Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld beginnen soll)

У разі нової заяви: Bei Neu Antrag:

Ви непрацездатні? Besteht Arbeitsunfähigkeit?

Так Ja

У разі зміни медичної страхової компанії:

Ви вже маєте страхування з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою?

Bei Kassenwechsel: Besteht bereits eine Versicherung mit Krankengeldanspruch?

Так (якщо є, позначте хрестиком) Ja (Ggf. bitte ankreuzen)

Якщо так: Період зобов'язань закінчується

Wenn ja: Die Bindungsfrist endet am

Чи був період без внесків протягом періоду оцінки поданого на цей момент повідомлення про нарахування податку на прибуток у зв'язку з виплатою допомоги, яка компенсує втрату зарплати, наприклад, отримання допомоги у зв'язку з хворобою?

Bestand im Veranlagungszeitraum des aktuell vorgelegten Einkommensteuerbescheides eine beitragsfreie Zeit wegen Zahlung einer Entgeltersatzleistung, z. B. Krankengeld?

Так, з Ja, vom  по bis

## Оплата внесків Beitragszahlung

### Доручення на прямий дебет SEPA SEPA-Lastschriftmandat

Я хочу, щоб майбутні платежі списувалися з мого банківського рахунку. Для цього я повністю заповнив/ла та додав/ла окреме доручення на прямий дебет SEPA.

Ich möchte künftige Zahlungen von meinem Bankkonto einziehen lassen. Dazu habe ich das separate SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und beigefügt.

Внески сплачуються третіми особами: Die Beiträge werden von Dritten gezahlt:

Роботодавець Arbeitgeber

Органи соціального забезпечення Sozialhilfeträger

Інші Sonstige

## Інформація про страхування за останні 5 років

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

Страховий період Versicherungszeit

з vom  по bis

Медична страхова компанія Krankenkasse

Страховий період Versicherungszeit

з vom  по bis

Медична страхова компанія Krankenkasse

Останнє страхування з передплатою було

Die letzte Versicherung bei der Vorkasse war

як обов'язково застрахована особа (працівник, пенсіонер тощо) als Pflichtversicherter (Arbeitnehmer, Rentner o. Ä.)

як застрахований член родини у als Familienversicherter bei

(прізвище, ім'я одного з батьків дитини/дружини/чоловіка) (Name, Vorname Elternteil/Ehepartner)

як добровільно застрахована особа als freiwillig Versicherter

як особа, яка підлягає обов'язковому страхуванню відповідно до № 13 абз. 1 § 5 книги V Соціального кодексу Німеччини als Pflichtversicherter nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

## Інше\* Sonstiges\*

Так, я хочу включити членів родини до сімейного страхування. Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.

Так, я хочу взяти участь у бонусній програмі IKK classic. Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Так, я хочу отримати інформацію про ощадні тарифи IKK. Ja, ich wünsche Informationen zu den IKK Spartarifen.

## Перевірка доходів Einkommensprüfung

### Перевірка доходів для Einkommensprüfung für

Ім'я Vorname

Прізвище Name

Дата народження Geburtsdatum

### Мій дохід Mein Einkommen

Я маю власний дохід. Ich habe eigene Einnahmen.

Так Ja

Ні Я покриваю свої витрати на проживання шляхом: **Nein, ich bestreite meinen Lebensunterhalt durch:**   
(наприклад, допомоги в натуральній формі від дружини/чоловіка, батьків, родичів, власних заощаджень тощо)  
(z. B. Sachbezüge von Ehepartner, Eltern, Angehörigen, eigene Ersparnisse o. Ä.)

та/або отримую щомісячну суму матеріальної підтримки в євро:   
und/oder erhalte einen monatlichen Unterstützungsbetrag in Euro:

від   
von

Мій дохід від роботи або зарплата перевищує верхню межу обчислення страхових внесків в медичне страхування. Я не отримую пенсію від обов'язкового пенсійного страхування та/або доходи від пенсійних схем компанії або пенсійних виплат. Додаткова інформація про ситуацію з доходами опущена.  
Mein Arbeitseinkommen oder Gehalt übersteigt die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und/oder Einkünfte aus betrieblicher Altersversorgung bzw. Versorgungsbezüge beziehe ich nicht. Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen.

### Вид та розмір валового доходу

Art und Höhe der Bruttoeinkünfte

### застрахованої особи

des Versicherten

### чоловіка/дружини

(вказати лише, якщо чоловік/дружина має обов'язкове медичного страхування)  
des Ehepartners (nur angeben, wenn der Ehepartner nicht gesetzlich versichert ist)

### Будь ласка, вкажіть в євро

Angaben bitte in Euro

### щомісячно

monatlich

### щорічно

jährlich

### щомісячно

monatlich

### щорічно

jährlich

Заробітна плата, винагорода за діяльність, не пов'язану з самозайнятістю (також мінірбота), спеціальні виплати, такі як відпускні та різдвяні премії та інші виплати, наприклад, тантьєми, вихідна допомога **Будь ласка, додайте докази.**  
Arbeitsentgelt, Dienstbezüge aus nichtselbstständiger Tätigkeit (auch Minijob), Sonderzahlungen wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie sonstige Zahlungen, z. B. Tantiemen, Abfindungen.  
Bitte Nachweis beifügen.

Дохід від самозайнятості (відповідно до загальних положень про визначення прибутку закону про податок на прибуток), доходи від комерційної діяльності, діяльності як учасника товариства/керівника **Будь ласка, додайте останнє повідомлення про нарахування податку на прибуток.\*\* Якщо ви відкриваєте бізнес, будь ласка, додайте реєстрацію вашої компанії та довідку про доходи.**  
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Tätigkeit als Gesellschafter/Geschäftsführer.  
Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.\*\*  
Bei Gewerbeaufnahme bitte Gewerbeanmeldung und Nachweis über Einkünfte beifügen.

Дотації на початку підприємницької діяльності, грант на відкриття бізнесу, інші субсидії **Будь ласка, додайте копію повідомлення про нарахування податку на прибуток.**  
Einstiegsgeld, Gründungszuschuss, andere Fördergelder. Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

Пенсії від обов'язкового пенсійного страхування, пенсії від іноземної установи пенсійного страхування, пенсії з нещасних випадків та інвалідам війни, пенсії, пенсії для держслужбовців, пенсії компанії, пенсія овдовілим або подібні, можливо, зі спеціальною виплатою, згідно з положеннями про державну службу, одноразові капітальні виплати, виплачені за останні 10 років  
**Будь ласка, додайте копію повідомлення про нарахування податку на прибуток.**  
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Renten von einem ausländischen Rentenversicherungsträger, Unfall- und Kriegsbeschädigtenrente, Ruhegehalt, Pension, Betriebsrenten, Witwengeld oder Ähnliches, ggf. mit Sonderzahlung, nach beamtenrechtlichen Vorschriften, einmalige Kapitalleistungen, die in den letzten 10 Jahren gezahlt wurden. Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

Доходи від оренди **Будь ласка, додайте повідомлення про нарахування податку на прибуток.\*\***  
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Bitte Einkommensteuerbescheid beifügen.\*\*

Доходи від капіталовкладень без вирахування суми, яка може бути вирахувана із заощаджень до нарахування податку **Будь ласка, додайте докази.**  
Einkünfte aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparerpauschbetrages. Bitte Nachweis beifügen.

Забезпечення та допомога на проживання (наприклад, соціальна допомога, соціальні виплати, субсидії на орендну плату, базова пенсія).  
**Будь ласка, додайте копію повідомлення про нарахування податку на прибуток.**  
Sicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt (z. B. Sozialhilfe, Sozialgeld, Mietzuschüsse, Grundsicherungsrente). Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

Інші допомога на проживання (наприклад, утримання, без допомоги на дитину та на оренду житла, приватне страхування)  
**Будь ласка, додайте копію повідомлення про нарахування податку на прибуток.**  
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z. B. Unterhalt, ohne Kindergeld und Wohngeld, private Versicherungen). Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

\*\* Можна перекреслити інформацію в повідомленні про нарахування податку на прибуток, яка не потрібна для розрахунку внесків, наприклад, сума податків.

\*\* Angaben im Einkommensteuerbescheid, die nicht zur Beitragsberechnung erforderlich sind, wie z. B. die Höhe der Steuern, können von Ihnen geschwärzt werden.

### Інформація про дітей на утриманні (вказати лише, якщо чоловік/дружина не має обов'язкового медичного страхування)

Angaben zu unterhaltsberechtigten Kindern (nur angeben, wenn Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert ist)

- У мене є спільні діти на утриманні.  
(Будь ласка, додайте додаткову анкету – інформація про дітей)  
Ich habe gemeinsam unterhaltsberechtigte Kinder.  
(Bitte Zusatzfragebogen – Angaben zu Kindern – beifügen)
- У мене немає спільних дітей на утриманні.  
(Будь ласка, додайте додаткову анкету – інформація про дітей)  
Ich habe nicht gemeinsam unterhaltsberechtigte Kinder.  
(Bitte Zusatzfragebogen – Angaben zu Kindern – beifügen)
- У мене немає дітей на утриманні.  
Ich habe keine unterhaltsberechtigten Kinder.

### Податковий розгляд внесків на медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді (Закон про допомогу громадянам)

Steuerliche Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (Bürgerentlastungsgesetz)

Внески на медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді передаються до податково-фінансового управління в електронному вигляді. Для цього ми просимо вас надати ідентифікаційний номер платника податків, наданий Федеральним центральним відомством з податків. Ідентифікаційний номер платника податків (Steuer-ID), наданий Федеральним центральним відомством з податків (BZSt) (обов'язково):

Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden elektronisch an das Finanzamt übermittelt. Hierzu bitten wir um Angabe der Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilten Steuer-Identifikationsnummer. Die vom Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) mitgeteilte Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) lautet (erforderlich):

У разі неможливості надання даної інформації я погоджуюся на автоматичний запит до Федерального центрального відомства з податків. Ist eine Angabe nicht möglich, bin ich mit einer maschinellen Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern einverstanden.

### Заяви особи, яка робить заяву Erklärungen des Anzeigenden

Я заявляю, що надана інформація є повною та правдивою. IKK classic буде негайно повідомлена про будь-які майбутні зміни. Як тільки я отримаю більш актуальне повідомлення про нарахування податку на прибуток\*\*, ніж та, що була надіслана, я негайно її подам. Я ознайомився/лась з інформацією про страхування. Цим я підтверджую, що ознайомився/лась з інформацією про захист даних на сторінці 3. Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen werden der IKK classic unverzüglich mitgeteilt. Sobald mir ein aktuellerer als der übersandte Einkommensteuerbescheid\*\* vorliegt, reiche ich diesen umgehend nach. Die Information zur Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit bestätige ich, dass ich den Datenschutzhinweis auf dieser Seite gelesen habe.

- Я даю згоду на використання моїх даних IKK classic для інформування мене про поточні пропозиції у сфері охорони здоров'я та страхування по телефону, факсу, SMS або електронною поштою. Я можу в будь-який час відкликати цю згоду на майбутнє в IKK classic. Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Консультант

Berater

Місто

Ort

Дата

Datum

Підпис клієнта

Unterschrift des Kunden

### Примітка: Hinweis:

Будь ласка, надішліть заповнений та підписаний оригінал до IKK classic або передайте його одному з наших консультантів по роботі з клієнтами у вашому регіоні. Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Original an die IKK classic zurück oder geben Sie es bei unseren Kundenberatern in Ihrer Nähe ab.

### Інформація про захист даних:

Збір ваших даних використовується для здійснення медичного страхування та страхування на випадок потреби в догляді та ґрунтується на §§ 9, 175 та 240 у поєднанні з § 284 книги V Соціального кодексу Німеччини та абз. 3 § 20 та § 57 у поєднанні з § 94 книги XI Соціального кодексу Німеччини. Зобов'язання надати інформацію ґрунтується на § 206 книги V Соціального кодексу Німеччини та § 50 книги XI Соціального кодексу Німеччини. Надання даних, позначених \*, є добровільним. Ви можете заперечити проти подальшого використання цих даних компанією IKK classic у будь-який час. Дані не передаватимуться третім особам. Детальнішу інформацію про це ви можете знайти на сайті [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)

### Datenschutzhinweis:

Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf §§9, 175 und 240 i. V. m. 284 SGB V und §§20 Abs. 3 und 57 i. V. m. 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.ikk-classic.de/datenschutz](http://www.ikk-classic.de/datenschutz)

**Загальна примітка:** Позначення, використані у формі, застосовні до всіх статей. З міркувань зручності читання різні форми були опущені.

**Allgemeiner Hinweis:** Die im Formular verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde auf verschiedene Formen verzichtet.

## Важлива інформація

### Початок страхування

Ваше медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді починається одразу після закінчення попереднього медичного страхування. Ваше повідомлення про членство є односторонньою заявою про наміри, яке не може бути відкликано після початку членства. Для колишніх військово-вслужбовців за контрактом страхування починається з наступного дня після закінчення служби. Здійснення страхування регулюється положеннями Соціального кодексу Німеччини. Як тільки вимоги будуть виконані та повідомлення буде завершено, ви отримаєте підтвердження у повідомленні про внесок. Ваше страхування також включає обов'язкове страхування на випадок потреби в догляді за умови, якщо немає звільнення від цього страхування. Попередня інформація про розмір внесків підлягає перевірці. Якщо документи про доходи є неповними, внески розраховуватимуться на основі верхньої межі обчислення страхових внесків.

### Закінчення страхування

Це медичне страхування закінчується:

1. коли починається інше обов'язкове страхування
2. шляхом припинення членства в кінці календарного місяця після наступного починаючи з місяця, в якому заявлено про припинення членства, за умови, що відбувається перехід до іншої компанії обов'язкового медичного страхування та виконано 12-місячний період зобов'язань – від дати отримання компанією ІКК classic повідомлення про припинення членства
3. з початком сімейного страхування, якщо воно розпочате не більше 6 місяців тому
4. після закінчення періоду не менше 6 місяців заднім числом від початку цього періоду, протягом якого не сплачувалися внески за членство, член та застраховані члени родини не отримували будь-яку допомогу, і не можна було визначити ні місце постійного проживання, ні місце звичайного фактичного проживання в рамках Соціального кодексу Німеччини.
5. у разі смерті

У випадках, зазначених у пунктах 2–5, обов'язкове страхування на випадок потреби в догляді також припиняється. Припинення без виконання періоду зобов'язань можливе, якщо не буде нового членства в обов'язковому медичному страхуванні.

### Призупинення права на отримання страхових виплат у разі несплати внесків

Ваше право на отримання страхових виплат може бути призупинено, якщо через 2 тижні після нагадування про заборгованість за внесками у розмірі частки внесків за 2 місяці та повідомлення про наслідки несплати все ще не виплачено більше частки внеску за 1 місяць. Страхові виплати можна знову отримувати лише тоді, коли всі несплачені внески та внески за період призупинення будуть сплачені, або якщо виникне потреба у допомозі відповідно до Книги II або XII Соціального кодексу Німеччини. У період призупинення допомога у зв'язку з хворобою не виплачується.

### Обчислення страхових внесків

Ми розраховуємо внески загалом з усіх доходів, які ви використовуєте або могли б використати для проживання. Ви повинні надати повне підтвердження вашого доходу з вашими даними. Будь ласка, негайно повідомте нас про будь-які зміни, які відбудуться після цього. Дохід від самозайнятості та/або оренди зазвичай визначається попередньо та остаточно розраховується лише після подання повідомлення про нарахування податку на прибуток за звітний рік.

### Медичне страхування з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою

Працівники зазвичай застраховані з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою з початку 7-го тижня непрацездатності. Самозайняті особи, що працюють повний робочий день, застраховані без права на отримання допомоги у зв'язку з хворобою. Проте оформити страхування з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою можна з початку 7-го тижня непрацездатності. Існує трирічний період зобов'язань для отримання передбаченої законом допомоги у зв'язку з хворобою. Це стосується і в разі зміни медичної страхової компанії. Розмір допомоги у зв'язку з хворобою розраховується лише з фактично втраченого доходу від роботи. Це також стосується виплати внесків з мінімального доходу. Звільнення від сплати внесків у період непрацездатності поширюється лише на втрачений дохід від роботи. Ви, як і раніше, зобов'язані сплачувати внески за дохід, отриманий навіть під час вашої непрацездатності (наприклад, пенсії, доходи від відсотків, доходи від оренди). У разі негативного доходу ви не маєте права на отримання допомоги у зв'язку з хворобою. Страхування з правом на отримання допомоги у зв'язку з хворобою не може бути оформлено в разі існуючої непрацездатності.

### Страхування на випадок потреби в догляді

До добровільного медичного страхування також відноситься страхування на випадок потреби в догляді в ІКК classic. Ви можете бути звільнені від цього страхування, якщо ви вже оформили страхування в приватній страховій компанії на покриття витрат, пов'язаних на випадок потреби в догляді. Будь ласка, зв'яжіться із нами.

### Передача даних про внески

Компанії обов'язкового медичного страхування повинні надсилати до центрального офісу (Центральне управління з виплати допомоги по старості - ZfA) суму сплачених та відшкодованих у відповідному році внесків на медичне страхування та страхування на випадок потреби в догляді, якщо вони не повинні надсилатися разом з електронною довідкою про податок на прибуток або повідомленням про отримання пенсії. .

### Ваша ІКК classic