

Antrag auf Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegezeit

Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

E-Mail info@ikk-classic.de
Fax 0800 800 4551

1. Zeitraum der Pflegezeit:

Pflegezeit vom bis

2. Beantragte Leistung: (bitte ankreuzen)

Beitragszuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung

3. Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Vorname Versicherungsnummer
Name Straße, Hausnummer
Geburtsdatum PLZ, Ort

4. Soweit ein Anspruch auf Beihilfe besteht:

Name der Beihilfestelle
Aktenzeichen

5. Angaben zum Antragsteller:

Vorname Rentenversicherungsnummer
Name Straße, Hausnummer
Geburtsdatum PLZ, Ort

6. Angaben zum Verwandtschaftsverhältnis: (z. B. Tochter, Schwiegertochter, Enkel, etc.)

7. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

Die Freistellung in der Beschäftigung erfolgt

- teilweise, das monatliche Entgelt liegt unter 450 Euro
 teilweise, das monatliche Entgelt liegt über 450 Euro
 vollständig

Höhe des Zusatzbeitragsatzes in Prozent

Name des Arbeitgebers
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

8. Antrag auf Beitragszuschuss zur Krankenversicherung: (bitte ankreuzen)

Sofern Sie einen Beitragszuschuss beantragen, legen Sie bitte einen Nachweis der Beitragshöhe bei!

- Während der Freistellung besteht der Anspruch auf eine beitragsfreie Familienversicherung
 Während der Freistellung besteht eine freiwillige Versicherung

Name der gesetzlichen Krankenversicherung	<input type="text"/>	Beitrag zur Krankenversicherung in Euro	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Beitrag zur Pflegeversicherung in Euro	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Während der Freistellung besteht eine private Versicherung			
Name der privaten Krankenversicherung	<input type="text"/>	Beitrag zur Krankenversicherung in Euro	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Beitrag zur Pflegeversicherung in Euro	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		

9. Angaben zur Bankverbindung:

Vorname, Name des Kontoinhabers

Anschrift

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

Unterschrift des Kontoinhabers bei abweichendem Empfänger des Beitragszuschusses)

10. Angaben zur Steuer-ID**:

11. Erklärungen zum Antrag:

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

- Ja, ich bin damit einverstanden, von der IKK classic telefonisch und per E-Mail über eine IKK-Mitgliedschaft oder aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Unterschrift des Antragstellers	Telefonnummer*	Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers	Telefonnummer*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hinweise zu steuerlichen Auswirkungen:

Seit Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes Krankenversicherung lassen sich Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich besser absetzen. Diese abzugsfähigen Aufwendungen werden allerdings durch Beitragserstattungen gemindert. Dazu zählen auch Beitragszuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Deshalb sind wir verpflichtet, die Finanzverwaltung hierüber zu informieren. Über Höhe und Zeitpunkt der Meldung erhalten Sie von uns eine gesonderte Nachricht.

Tipp: Unter www.ikk-classic.de/buergerentlastungsgesetz finden Sie weitere Informationen. Fragen zur steuerlichen Auswirkung der gemeldeten Beiträge beantwortet das zuständige Finanzamt oder Ihr Steuerberater