

Membership Application Mitgliedserklärung

Voluntary health and long-term care insurance Freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung

Personal information Persönliche Angaben

Formular VTregional

I choose to become a member of the IKK classic plan as of
(or the earliest possible start date)

Ich wähle die IKK classic ab (bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

My personal information Meine persönlichen Daten

☐ female weiblich

☐ male männlich

☐ diverse divers

☐ unspecified unbestimmt

First Name Vorname

Last Name Name

Street, house number

Straße, Hausnummer

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone (during the day)*

Telefon (tagsüber)*

E-Mail* E-Mail*

Date of Birth

Geburtsdatum

Pension insurance number

Rentenversicherungsnummer

Birth Name Geburtsname

Place of Birth Geburtsort

Country of birth Geburtsland

Nationality Staatsangehörigkeit

Family Status Familienstand

☐ Single ledig

☐ Married, since verheiratet, seit

☐ Divorced, since geschieden, seit

☐ Widowed, since verwitwet, seit

My spouse has statutory health insurance

Mein Ehepartner ist gesetzlich krankenversichert

☐ Yes Ja

☐ No Nein

(Please note the information regarding income on sheet 3)
(Bitte beachten Sie die Angaben zu den Einnahmen auf Blatt 3)

Exemption from long-term care insurance

Befreiung von der Pflegeversicherung

☐ Yes (Please enclose proof)

Ja (Bitte Nachweis beifügen)

☐ No

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)

Ja (Bitte Nachweise beifügen, z.B. die Geburtsurkunde)

☐ No

Nein

My reason for switching: Grund meines Wechsels:

☐ Cancellation of current health insurance policy

Kündigung der bisherigen Krankenkasse

☐ Changes to my insurance relationship

Änderungen in meinem Versicherungsverhältnis

Details of activity pursued/category of persons

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit/zum Personenkreis

I am since/as of Ich bin ab/seit

☐ employee

Arbeitnehmer

(Name and address of employer)

(Name und Anschrift des Arbeitgebers)

☐ self-employed/freelancer selbstständig/freiberuflich

weekly working hours

wöchentl. Arbeitszeit

☐ I employ at least one employee more than on a marginal basis or several employees, the total remuneration of which is more than marginal. Ich beschäftige mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig oder mehrere Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt in Summe mehr als geringfügig ist.

☐ former regular soldier ehemaliger Zeitsoldat

End of service on Dienstende am

☐ not gainfully employed

nicht erwerbstätig

☐ Shareholder – Managing Director

(please delete if not applicable)

Gesellschafter – Geschäftsführer

(Nichtzutreffendes bitte ggf. streichen)

☐ Pensioner Rentner

☐ Civil servant/pensioner

(entitled to assistance)

Beamter/Pensionär

(beihilfeberechtigt)

☐ Pupil/Student

Schüler/Student

☐ Other

Sonstiges

☐ Social welfare recipient

Sozialhilfeempfänger

Sickness benefit entitlement (only for full-time self-employed persons)

Krankengeldanspruch (nur für hauptberuflich selbstständig Tätige)

I am applying for health insurance *Ich beantrage eine Krankenversicherung*

- ☐ without entitlement to sickness benefit
(In the case of a change of health insurance fund: there is no binding period for a statutory sickness benefit entitlement)
ohne Anspruch auf Krankengeld (Bei Kassenwechsel: Es besteht keine Bindungsfrist für einen gesetzlichen Krankengeldanspruch)

- ☐ with entitlement to sickness benefit from
(Please enter the date on which the insurance with entitlement to sickness benefit is to commence)
mit Anspruch auf Krankengeld ab (Bitte Datum eintragen, zu wann die Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld beginnen soll)

In the case of a new application: *Bei Neuantrag:*
Is there incapacity for work? *Besteht Arbeitsunfähigkeit?*

- ☐ Yes *Ja*

In the case of a change of insurance fund:
Do you already have insurance with entitlement to sickness benefit?
Bei Kassenwechsel: Besteht bereits eine Versicherung mit Krankengeldanspruch?

- ☐ Yes (please tick as appropriate) *Ja (Ggf. bitte ankreuzen)*
If yes: The commitment period ends on
Wenn ja: Die Bindungsfrist endet am

Was there a non-contributory period in the assessment period of the currently submitted income tax assessment due to payment of an income replacement benefit, e.g. sickness benefit?
Bestand im Veranlagungszeitraum des aktuell vorgelegten Einkommensteuerbescheides eine beitragsfreie Zeit wegen Zahlung einer Entgeltersatzleistung, z. B. Krankengeld?

- ☐ Yes, from *Ja, vom* to *bis*

Payment of contributions *Beitragszahlung* SEPA Direct Debit Mandate *SEPA-Lastschriftmandat*

- ☐ I would like to have future payments withdrawn from my bank account. For this purpose, I have completed and enclosed the separate SEPA Direct Debit Mandate.
Ich möchte künftige Zahlungen von meinem Bankkonto einziehen lassen. Dazu habe ich das separate SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und beigelegt.

The contributions are paid by: *Die Beiträge werden von Dritten gezahlt:*

- ☐ Employer *Arbeitgeber*
- ☐ Social welfare agency *Sozialhilfeträger*
- ☐ Other *Sonstige*

Insurance details for the last 5 years

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

Insurance period *Versicherungszeit*

from *vom* to *bis*

Health insurance company *Krankenkasse*

Insurance period *Versicherungszeit*

from *vom* to *bis*

Health insurance company *Krankenkasse*

The last insurance with the previous insurance was
Die letzte Versicherung bei der Vorkasse war

- ☐ as a compulsorily insured person (employee, pensioner or similar)
als Pflichtversicherter (Arbeitnehmer, Rentner o. Ä.)
- ☐ as a family member insured with *als Familienversicherter bei*

(surname, first name of parent/spouse) (Name, Vorname Elternteil/Ehepartner)
- ☐ as a voluntarily insured person *als freiwillig Versicherter*
- ☐ as a compulsorily insured person according to Section 5 Para. 1 No. 13 SGB V [5th Book of the German Social Code]
als Pflichtversicherter nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Miscellaneous* *Sonstiges**

- ☐ Yes, I would like to include dependants in the family insurance.
Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.
- ☐ Yes, I am also applying for participation in the IKK Bonus.
Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.
- ☐ Yes, I would like information about the IKK savings tariffs.
Ja, ich wünsche Informationen zu den IKK Spartarifen.

Declaration of income for Erklärung der Einnahmen für

First name Vorname

Surname Name

Date of birth Geburtsdatum

My income Meine Einnahmen

☐ My gross income **exceeds the current contribution assessment ceiling for health insurance** and I **do not receive a pension** from the statutory pension insurance scheme and/or a retirement benefit. No further information on income is required.
Meine Bruttoeinnahmen liegen **über der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung** und ich erhalte **keine Rente** von der gesetzlichen Rentenversicherung und/oder **keinen Versorgungsbezug**. Weitere Angaben zu den Einnahmen sind nicht erforderlich.

☐ I have **no personal income**. I make my living primarily from:
Ich habe **keine eigenen Einnahmen**. Ich bestreite meinen Lebensunterhalt überwiegend durch:

☐ Savings Ersparnisse

☐ Benefits in kind, e.g. board and lodging Sachbezüge, z.B. Kost und Unterkunft

☐ Support from my parents or third parties Unterstützung meiner Eltern oder von Dritten

☐ My gross income falls **below the current contribution assessment ceiling for health insurance** or I receive a **statutory pension and/or a retirement benefit**. Please provide further details on income.
Meine Bruttoeinnahmen liegen **unter der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung** bzw. ich erhalte **eine gesetzliche Rente und/oder einen Versorgungsbezug**. Bitte weitere Angaben zu den Einnahmen vornehmen.

Type and amount of gross income

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen

of the insured person

des Versicherten

of the spouse

(indicate only if the spouse is not insured by law)
des Ehepartners (nur angeben, wenn der Ehepartner nicht gesetzlich versichert ist)

Please state in euros

Angaben bitte in Euro

monthly
monatlich

annually
jährlich

monthly
monatlich

annually
jährlich

Salary, remuneration from employment (including mini-job), special payments such as holiday pay and Christmas bonus as well as other payments, e.g. bonuses, severance pay. **Please enclose proof.**
Arbeitsentgelt, Dienstbezüge aus nichtselbstständiger Tätigkeit (auch Minijob), Sonderzahlungen wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie sonstige Zahlungen, z.B. Tantiemen, Abfindungen.
Bitte Nachweis beifügen.

Income from self-employment (based on the general profit calculation provisions of income tax law), income from commercial activities, agriculture and forestry, activity as a partner/managing director. **Please enclose the last income tax assessment notice.** If starting a business, please enclose business registration and proof of income.**
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit (nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts), Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, Tätigkeit als Gesellschafter/Geschäftsführer. **Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen.** Bei Gewerbeaufnahme bitte Gewerbeanmeldung und Nachweis über Einkünfte beifügen.**

Start-up allowance, start-up subsidy, other subsidies. **Please enclose a copy of the notification.**
Einstiegsgeld, Gründungszuschuss, andere Fördergelder. **Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

Pensions, e.g. statutory and private old-age, survivors, accident, reduced earning capacity, basic security and foreign pensions as well as life insurance policies; **Retirement benefits**, e.g. retirement pensions, occupational and supplementary pensions, retirement income, direct insurance policies, one-off capital benefits from the last 10 years.
Please enclose a copy of the notification.
Renten, z.B. gesetzliche und private Alters-, Hinterbliebenen-, Unfall-, Erwerbsminderungs-, Grundsicherungs- und Auslandsrenten sowie Lebensversicherungen; **Versorgungsbezüge**, z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten, Ruhegehalt, Direktversicherungen, einmalige Kapitalleistungen der letzten 10 Jahre.
Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

Income from renting and leasing. **Please enclose income tax assessment notice.****
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. **Bitte Einkommensteuerbescheid beifügen.****

Income from capital assets without deducting the saver's flat rate.
Please enclose income tax assessment notice or interest certificate.**
Einkünfte aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparerpauschbetrages. **Bitte Einkommensteuerbescheid** oder Zinsbescheinigung beifügen.**

Security and assistance for living (e.g. social welfare, social allowance, rent subsidy, basic security pension). **Please enclose a copy of the notification.**
Sicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Sozialgeld, Mietzuschüsse, Grundsicherungsrente). **Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

Other income for living expenses (e.g. maintenance, private sales, financial assistance for students of higher education (BAföG), excluding child benefit and housing benefit).
Please enclose a copy of the notification.
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z.B. Unterhalt, private Verkäufe, BAföG, ohne Kindergeld und Wohngeld) **Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

** Information in the income tax assessment that is not required for calculating contributions, such as the amount of tax, can be redacted by you.

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

Details of dependent children (indicate only if spouse is not covered by statutory health insurance)

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

- ☐ My spouse and I have **dependent** children together.
(Please enclose additional questionnaire – Information on children)
Mein Ehepartner und ich haben **gemeinsam** unterhaltsberechtigte Kinder.
(Bitte Zusatzfragebogen – Angaben zu Kindern – beifügen)
- ☐ My spouse has their **own** dependent children.
(Please enclose additional questionnaire – Information on children)
Mein Ehepartner hat eigene unterhaltsberechtigte Kinder.
(Bitte Zusatzfragebogen – Angaben zu Kindern – beifügen)
- ☐ I/we have no dependent children.
Wir haben keine unterhaltsberechtigten Kinder.

Tax consideration of health and long-term care insurance contributions (Bürgerentlastungsgesetz = Citizens' Relief Act) Steuerliche Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (Bürgerentlastungsgesetz)

Health and long-term care insurance contributions are transmitted electronically to the tax office. For this purpose, we request that you provide the tax identification number communicated to you by the Federal Central Tax Office. The tax identification number (tax ID) provided by the Federal Central Tax Office (BZSt) is (required):

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 SteuerIdentifikationsnummer (Steuer-ID) lautet (erforderlich):

If it is not possible to provide this information, I agree to an automatic enquiry at the Federal Central Tax Office.

Ist eine Angabe nicht möglich, bin ich mit einer maschinellen Anfrage beim Bundeszentralamt für Steuern einverstanden.

Declarations of the person making the declaration Erklärungen des Anzeigenden

I declare that the information provided is complete and true. IKK classic will be notified immediately of any future changes. As soon as I have a more recent income tax assessment** than the one sent, I will submit it immediately. I have taken note of the information on insurance. I hereby confirm that I have read the Data Privacy Notice on this page. 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.

- ☐ I agree to my application data being used by IKK classic to inform me by telephone, fax, SMS or e-mail about current offers in the health and insurance sector. I can revoke this consent at any time for the future with 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.

Consultant

Berater

Place

Ort

Date

Datum

Client signature

Unterschrift des Kunden

Notice: Hinweis:

Please return the completed and signed original to IKK classic or submit it to our customer advisors in your area.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Original an die IKK classic zurück oder geben Sie es bei unseren Kundenberatern in Ihrer Nähe ab.

Data Privacy Notice:

The collection of your data serves to carry out your health and long-term care insurance and is based on Sections 9, 175 and 240 in conjunction with 284 SGB V [5th Book of the German Social Code] and Sections 20 para. 3 and 57 in conjunctions with 94 SGB XI [11th Book of the German Social Code]. The obligation to provide information is based on Sections 206 SGB V and 50 SGB XI. The provision of data marked with an * is voluntary; you can object to the use of these data at any time in the future by contacting IKK classic. The data will not be forwarded to third parties. You can find further information at 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

General information: The terms used in the form apply to all genders. For reasons of readability, different forms have been omitted.

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

Important information

Start of the insurance

Your health and long-term care insurance begins immediately after your previous health insurance ends. Your notification of joining is a unilateral declaration of intent that cannot be revoked once membership has commenced. In the case of former regular soldiers, the insurance begins on the day after they leave service. The implementation is subject to the provisions of the Social Code. You will receive confirmation of this in your contribution notice once the requirements have been fulfilled and the notification is complete. Your insurance also includes statutory long-term care insurance, unless you have an exemption. Previous information on the amount of contributions is subject to verification. In the event of incomplete documentation of income, the contributions will be calculated on the basis of the income threshold.

End of insurance

This health insurance ends:

1. With the start of other compulsory insurance
2. By termination at the end of the calendar month after next, calculated from the month in which the resignation is declared, provided a change to another statutory health insurance fund takes place and the commitment period of 12 months has been fulfilled - the date of receipt of the notice of termination by IKK classic applies
3. With the start of family insurance, if the start of this was no longer than 6 months ago
4. Upon expiry of a period of at least 6 months retroactively from the beginning of this period, during which no contributions were paid for membership, the member and family-insured relatives did not claim any benefits, and neither residence nor habitual abode in the area of application of the Social Code could be determined
5. Upon death

In the cases of points 2 to 5, the statutory long-term care insurance also ends. Termination without fulfilling the commitment period is possible if no new membership in the statutory health insurance follows.

Suspension of benefits in case of non-payment of contributions

Your entitlement to benefits may be suspended if, 2 weeks after a reminder of a contribution arrears amounting to contribution shares for 2 months and a notice of the consequences of non-payment, more than the contribution share for 1 month has still not been paid. The suspension of benefits will end only when all contributions in arrears and those due during the suspension period have been paid or when the need for assistance within the meaning of SGB II or XII arises. Sickness benefit is not paid during the suspension period.

Contribution assessment

As a rule, we calculate the contributions from all income that you consume or could consume for your livelihood. You must provide complete proof of your income with the information you provide. Please inform us immediately of any subsequent changes. Income from self-employment and/or renting and leasing will generally be determined provisionally and only finally calculated after submission of the income tax assessment notice for the year of assessment.

Health insurance with entitlement to sickness benefit

Employees are generally insured with an entitlement to sickness benefit from the beginning of the 7th week of incapacity for work. Mainly self-employed persons are insured without entitlement to sickness benefit. However, it is possible to take out insurance with a sickness benefit entitlement from the beginning of the 7th week of incapacity for work. There is a commitment period of 3 years for the statutory sickness benefit entitlement. This also applies in the event of a change of insurance fund. Sickness benefit is calculated only from the actual lost earned income. This also applies if contributions are paid from the minimum income. The exemption from contributions during incapacity for work covers only the lost earned income. You are still obliged to pay contributions for income that also accrues during incapacity for work (e.g. pensions, interest income, income from renting and leasing). There is no entitlement to sickness benefit in the case of negative income. Insurance with entitlement to sickness benefit cannot be established during existing incapacity for work.

Long-term care insurance

Voluntary health insurance also includes insurance in the long-term care insurance fund of IKK classic. You can be exempted from this insurance if you have already taken out insurance with a private insurance company to cover the costs of long-term care. Please contact us.

Data transmission of the contribution data

The statutory health insurance funds must transmit to the central office (Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen - ZfA) the amount of the health and long-term care insurance contributions paid and reimbursed in the respective contribution year, insofar as these are not to be transmitted with the electronic wage tax certificate or the pension notification.

Your IKK classic