

Заява про членство Mitgliedserklärung

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

Особисті дані Persönliche Angaben

Formular VRegional

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
☐ інша divers ☐ не визначена unbestimmt

Ім'я Vorname

Прізвище Name

Вулиця, номер будинку Straße, Hausnummer

Поштовий індекс, нас. пункт 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

(Будь ласка, зверніть увагу на інформацію про доходи на аркуші 3)
(Bitte beachten Sie die Angaben zu den Einnahmen auf Blatt 3)

Звільнення від страхування на випадок потреби в догляді

Befreiung von der Pflegeversicherung

- ☐ Так (Будь ласка, додайте докази) ☐ Ні
Ja (Bitte Nachweis beifügen) Nein

У мене є/були діти (біологічні діти, усиновлені, пасинки чи падчерки, прийомні діти)

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

- ☐ Так (будь ласка, додайте підтверджуючі документи, наприклад, свідоцтво про народження) ☐ Ні
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 є від/з Ich bin ab/seit

☐ працівник Arbeitnehmer

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

☐ самозайнятий/фрилансер selbstständig/freiberuflich
щотижня Робочий час wöchentl. Arbeitszeit

☐ Я наймаю щонайменше одного працівника, який отримує більше, ніж мінімальну заробітну плату, або кількох працівників, сукупна заробітна плата яких перевищує мінімальну заробітну плату.
Ich beschäftige mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig oder mehrere Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt in Summe mehr als geringfügig ist.

☐ 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 (ексчиновник)
(маю право на отримання допомоги)
Beamter/Pensionär
(beihilfeberechtigt)

☐ учень/студент Schüler/Student ☐ Інше Sonstiges

☐ одержувач соціальної допомоги
Sozialhilfeempfänger

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 Neuantrag:

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 Entgeltsersatzleistung, 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 beigelegt.

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.

Заява про мої доходи Erklärung der Einnahmen für

Ім'я Vorname

Прізвище Name

Дата народження Geburtsdatum

Мої доходи Meine Einnahmen

☐ Мій валовий дохід є вищим за поточний поріг нарахування внесків у медичне страхування, і я не отримую пенсію з фонду державного пенсійного страхування та/або пенсійні виплати. Додаткова інформація про доходи не потрібна. 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.

☐ У мене немає власних доходів. Я забезпечую себе переважно завдяки:
Ich habe keine eigenen Einnahmen. Ich bestreite meinen Lebensunterhalt überwiegend durch:

☐ заощадженням Ersparnisse

☐ виплатам в натуральній формі, наприклад, харчування та проживання Sachbezüge, z.B. Kost und Unterkunft

☐ фінансовій підтримці з боку батьків або третіх осіб Unterstützung meiner Eltern oder von Dritten

☐ Мій валовий дохід є нижчим за поточний поріг нарахування внесків у медичне страхування, і я отримую державну пенсію та/або пенсійні виплати. Будь ласка, надайте додаткову інформацію про ваші доходи. 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.

Вид та розмір валового доходу

Art und Höhe der Bruttoeinnahmen

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 міні-робота), 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 (згідно з загальними правилами розрахунку прибутку, передбаченими Законом «Про податок на прибуток»), дохід від підприємницької діяльності, сільського та лісового господарства, діяльності в якості акціонера/керуючого директора 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, Land- und Forstwirtschaft, 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.
Einstiegsgeld, Gründungszuschuss, andere Fördergelder. Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

Пенсії, як-от державні та приватні пенсії за віком, у зв'язку з втратою годувальника, нещасним випадком, у зв'язку з інвалідністю, базове пенсійне забезпечення та пенсії за кордоном, а також поліси страхування життя; пенсійні виплати, як-от пенсія держслужбовця, корпоративні та додаткові пенсії, пенсія за вислугу літ, прямі страхові поліси, одноразові капітальні виплати за останні 10 років.
Будь ласка, додайте копію повідомлення.
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.

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

Дохід від капітальних активів без вирахування одноразової суми вкладника Будь ласка, додайте повідомлення про нарахування податку на прибуток** або сертифікат про нарахування відсотків.
Einkünfte aus Kapitalvermögen ohne Abzug des Sparerpauschbetrages. Bitte Einkommensteuerbescheid** oder Zinsbescheinigung beifügen.

Забезпечення та допомога для покриття витрат на проживання (як-от соціальна допомога, соціальні виплати, субсидії на оренду житла, базове пенсійне забезпечення) Будь ласка, додайте копію повідомлення.
Sicherung und Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. Sozialhilfe, Sozialgeld, Mietzuschüsse, Grundsicherungsrente). Bitte Kopie des Bescheides beifügen.

Інші доходи для покриття витрат на проживання (як-от аліменти, приватні продажі, позика на навчання від держави, за винятком допомоги на дитину та житлової субсидії) Будь ласка, додайте копію повідомлення.
Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z.B. Unterhalt, private Verkäufe, BAföG, ohne Kindergeld und Wohngeld). 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)

☐ Ми з чоловіком/дружиною маємо на утриманні **спільних** дітей.
(Будь ласка, додайте додаткову анкету – інформація про дітей)
[Mein Ehepartner und ich haben gemeinsam unterhaltsberechtignte Kinder.](#)
(Bitte Zusatzfragebogen – Angaben zu Kindern – beifügen)

☐ У **мого** чоловіка/дружини є **власні** діти на утриманні.
(Будь ласка, додайте додаткову анкету – інформація про дітей)
[Mein Ehepartner hat eigene unterhaltsberechtignte Kinder.](#)
(Bitte Zusatzfragebogen – Angaben zu Kindern – beifügen)

☐ У нас немає дітей на утриманні.
[Wir haben keine unterhaltsberechtignten 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 Steueridentifikationsnummer (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 в IKK classic з дією на майбутнє. [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

Місце

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](#)

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](#)

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-вослужбовців 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 IKK 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 IKK 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 IKK classic