

## Formular VTregional

Reason for the application: Grund meiner Anmeldung:

- Start of studies Studienbeginn
- Cancellation of the previous health insurance  
Kündigung der bisherigen Krankenkasse

### My personal information Meine persönlichen Daten

- female weiblich  male männlich
- diverse divers  unspecified unbestimmt

First Name Vorname

Last Name Name

Street, house number

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone (during the day)\*

E-Mail\* E-Mail\*

Date of Birth

Pension insurance number

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 existing insurance Meine bisherige Versicherung

I was previously insured with  through my family.  
(Name of health insurance company) familienversichert  
(Name der Krankenkasse)

Entitlement ends on   
Der Anspruch endet am

I previously had compulsory insurance with   
Ich war bisher pflichtversichert bei (Name of health insurance company)  
(Name der Krankenkasse)

as als

The insurance ends on   
Die Versicherung endet am

I was insured as follows   
Ich war wie folgt versichert

I have completed  months of military/civilian service, federal voluntary service or youth voluntary service. (Please enclose proof) Ich habe XX Monate Wehr-/Zivil-, Bundesfreiwilligen- oder Jugendfreiwilligendienst geleistet. (Bitte Nachweis beifügen)

### Information about my studies Angaben zu meinem Studium

- I am a student applicant. Ich bin Studienbewerber.
- I am a registered student. Ich bin eingeschriebener Student.  
(Please enclose current certificate of enrolment)  
(Bitte aktuelle Studienbescheinigung beifügen)

Name of the university

Name der Hochschule

Street, house number

Straße, Hausnummer

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone Telefon

Student number

Matrikelnummer

Start of study

Studienbeginn

Start of semester

Semesterbeginn

Date of initial enrolment

Tag der Ersteinschreibung

Expected end of studies

Voraussichtliches Studienende

If you are over 30 years old, please provide justification:

Falls das 30. Lebensjahr überschritten wurde, bitte begründen:

I am a doctoral student. Ich bin Promotionsstudent.

Yes, since Ja, seit dem

I have already been exempted from compulsory insurance

Ich wurde bereits von der Krankenversicherung

with effect from

mit Wirkung vom

by durch die

(Name of health insurance company) (Name der Krankenkasse)

exempt from compulsory insurance. (Please enclose a copy of the exemption certificate) von der Versicherungspflicht befreit. (Bitte eine Kopie des Befreiungsbescheides beifügen)

### Details of part-time employment during my studies

Angaben zu Beschäftigungen neben meinem Studium

I have the following jobs in addition to my studies:

Ich übe folgende Beschäftigungen neben dem Studium aus:

Employer (name and address) Arbeitgeber (Name und Anschrift)

Number of hours worked per week Anzahl der Wochenarbeitsstunden

Is the employment relationship limited in time? (No/If yes, for how long?)

Ist das Arbeitsverhältnis befristet? (Nein/Wenn ja, wie lange?)

**I am self-employed** Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus  
(Please enclose business registration and most recent tax assessment\*\*) (Bitte Gewerbeanmeldung und letzten Steuerbescheid\*\* beifügen)

Yes, weekly working hours  Hours  
Ja, wöchentliche Arbeitszeit  Stunden

Annual income from self-employment/professional activity  
Jährliches Einkommen aus selbstständiger/gewerblicher Tätigkeit  
 €

**I am doing an internship required by a programme or examination regulation.** Ich absolviere ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum

Yes, type of activity   
Ja, Art der Tätigkeit  
in return for work allowance gegen Arbeitsgeld

No Nein

Yes, in the amount per month of  €  
Ja, in Höhe von monatlich

from von

until (anticipated date) bis voraussichtlich

Employer (name and address) Arbeitgeber (Name und Anschrift)

**I am an apprentice in an alternative/second educational path** (Please enclose school enrolment certificate) Ich bin Auszubildender des zweiten Bildungsweges (Bitte Schulbescheinigung beifügen)

I am an intern in a second educational path program and am in a part of my training that is eligible for support under the BAföG [Bundesausbildungsförderungsgesetz = German Federal Training Assistance Act]. Ich bin Auszubildender des zweiten Bildungsweges und befinde mich in einem nach dem BAföG förderungsfähigen Teil des Ausbildungsabschnitts.

from von

until (anticipated date) bis voraussichtlich

**My other sources of income** (Please enclose statement(s))  
Meine sonstigen Einnahmen (Bitte Bescheid/-e beifügen)

I receive a domestic/foreign statutory pension.  
Ich beziehe eine inländische/ausländische gesetzliche Rente.

I receive pension benefits, e.g. company pension/pension, also as a one-off capital payment. Ich beziehe Versorgungsbezüge, z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung.

**My fee payment** Meine Beitragszahlung

I pay the semester fee in advance.  
Ich bezahle den Semesterbeitrag im Voraus.

I would like to have future payments collected 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.

**Information for checking the additional contribution in long-term care insurance** Angaben zur Prüfung des Zusatzbeitrags in der Pflegeversicherung

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, z. B. Geburtsurkunde, beifügen)

No Nein

**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 Steuer-Identifikationsnummer (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.

### 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.
- I consent to my application data being used by IKK classic to contact me by telephone, fax, SMS or e-mail regarding any current offers in the health and insurance sector. I can revoke this consent to IKK classic at any time in the future. 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 aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

**Data privacy notice:** The collection of your data serves to implement your health and long-term care insurance and is based on Sections 5 Para. 1 No. 9 or 10 and 284 SGB V [5th Book of the German Social Code] as well as 20 and 94 SGB XI [11th Book of the German Social Code]. The obligation to provide information results from 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 more information about this at [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 den §§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 und 284 SGB V sowie 20 und 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)

### Declaration and application Erklärung und Antrag

I declare that the information provided is complete and true. IKK classic will be informed immediately of any future changes (e.g. commencement of employment or self-employment or exemption from compulsory insurance). I have taken note of the information on insurance.

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Künftige Änderungen (z.B. Aufnahme einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Tätigkeit oder die Befreiung von der Versicherungspflicht) werden der IKK classic unverzüglich mitgeteilt. Die Information zur Versicherung habe ich zur Kenntnis genommen.

Consultant

Berater

Place

Ort

Date

Datum

Client signature

Unterschrift des Kunden

\*\* Information in the income tax assessment that does not relate to income from self-employment or a business can be redacted by you.

\*\* Angaben im Einkommensteuerbescheid, die nicht Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit oder einem Gewerbebetrieb betreffen, können von Ihnen geschwärzt werden.