

## **Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung** **Application for an income-dependent contribution assessment**

für Ihre Versicherung bei der KKH bieten wir Ihnen gern eine einkommensabhängige Beitragsbemessung an.

Senden Sie uns den Antrag bitte zusammen mit den aktuellen Einkommensnachweisen ausgefüllt und unterschrieben zurück. Liegen Ihnen die Nachweise noch nicht vor? Dann reichen Sie diese kurzfristig nach Erhalt nach. Wir ermitteln anschließend Ihren individuellen Beitrag und informieren Sie.

Vorab fügen wir eine Übersicht über die Beitragsberechnungswerte bei. Sie können damit Ihren persönlichen Beitrag ablesen bzw. berechnen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Anlagen

For your insurance with KKH, we are happy to offer you an income-dependent contribution assessment.

Please send us the filled in and signed application along with the evidence of your current income. Don't have any evidence of income yet? Then send it to us as soon as you receive it. We will then determine your individual contribution and inform you.

Attached to this application form you will find an overview of the calculation of the contribution values. You can use it to identify or calculate your own contribution value.

Please do not hesitate to contact us if you have any questions.

## Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ab Application for an income-dependent contribution assessment from \_\_\_\_\_

**Versicherte/r** \_\_\_\_\_ **Servicezeichen**  
**Name/surname of applicant** \_\_\_\_\_ **servicenummer** \_\_\_\_\_

Ich beantrage die einkommensabhängige Beitragsbemessung zur Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. Soweit die freiwillige Versicherung noch nicht besteht, beantrage ich diese mit der einkommensabhängigen Beitragsbemessung zum v. g. Datum bzw. ab dem ersten Tag nach Ende der Pflicht-/Familienversicherung.

I apply for an income-dependent contribution assessment for health and social care insurance. Because I don't have any optional insurance yet, I apply for it with the income-dependent contribution assessment starting from the above mentioned date or from the first day after the end of the compulsory/ family insurance.

### Persönliche Angaben Personal information

- ledig/verwitwet  
single/widowed
  verheiratet  
married
  verpartnert\*  
in couple\*
  geschieden  
divorced
- Ich habe \_\_\_\_\_ Kinder (beachten Sie hierzu die Erläuterungen auf Seite 5.)  
I have \_\_\_\_\_ children (please note the details on page 6)

#### Nur für verheiratete/verpartnerte Mitglieder Only for married/in couple members

- mein Ehe-/Lebenspartner\* ist **gesetzlich krankenversichert** bei \*\* \_\_\_\_\_  
my spouse/life partner\* **is insured** by \*\* \_\_\_\_\_
- mein Ehe-/Lebenspartner\* ist **nicht gesetzlich** versichert und erzielt monatliche Einnahmen von \_\_\_\_\_ € (Einkommensnachweis bitte beifügen)  
my spouse/life partner\* **does not have a statutory health insurance** and has a monthly income of \_\_\_\_\_ € (please attach evidence of income)

#### Gemeinsame unterhaltsberechtignte Kinder Joint dependent children

_____	_____	_____	_____
(Name des Kindes) (name of child)	(Geburtsdatum) (date of birth)	(Name des Kindes) (name of child)	(Geburtsdatum) (date of birth)

\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

\* Life partners are same-sex partners who have declared their partnership by means of a civil partnership (Civil Partnership Act).

\*\* Die Angaben zu diesen Feldern sind freiwillig.

\*\* Responses to these fields are optional.

## Angaben zur Tätigkeit

### Information on employment

- nicht selbstständig tätig/abhängig beschäftigt als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Not self-employed/ employed as \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_
- Rentner/Pensionär \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
Pensioner \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_
- Beamter \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
official \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_
- nicht erwerbstätig \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
unemployed \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_
- Schüler/Student (Bitte Kopie Schul-/Studienbescheinigung beifügen) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
pupil/student (please attach evidence) \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_
- Sozialhilfeempfänger (Bitte Kopie Sozialhilfebescheid beifügen) \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
social benefit recipient (please attach evidence) \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_

### Selbstständige/freiberuflich Tätige

#### Only for freelancers/self-employed

- Ich bin selbstständig/freiberuflich erwerbstätig als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
I am self-employed/freelancer as \_\_\_\_\_ since \_\_\_\_\_  
wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Std. Anzahl Mitarbeiter\*\* \_\_\_\_\_  
weekly working hours: \_\_\_\_\_ number of workers\*\* \_\_\_\_\_  
(Bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen) Meine Betriebsnummer\*\* \_\_\_\_\_  
(please attach a copy of the business registration) company number\*\* \_\_\_\_\_  
Anschrift, Tel. der Betriebsstätte: \_\_\_\_\_  
Address and phone number of the business premises: \_\_\_\_\_

Als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige(r) möchte ich mich mit Krankengeldanspruch versichern. (Beachten Sie hierzu die Erläuterungen auf Seite 6)

As a freelancer/ self-employed, I want to insure myself with a sickness allowance in case of inability for work. (Please note the details on page 6)

Sind Sie z. Z. arbeitsunfähig?  Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_ (Datum)  
Are you currently unable to work? No Yes, since \_\_\_\_\_

- Ich beantrage das **Krankengeld Comfort** (der gesetzliche Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit).  
I apply for **Krankengeld Comfort** (claim for sickness allowance from the 43rd day of period of working inability)
- Ich beantrage **zusätzlich** zum gesetzlichen Krankengeldanspruch das **Krankengeld Premium** (der Krankengeld-Wahltarif ab dem 22. Tag bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit).  
I also apply for **Krankengeld Premium in addition to** the statutory claim for sickness allowance (claim for sickness allowance optional tariff from the 22nd day until the 42nd day of the period of working inability)
- Bitte senden Sie mir Informationen und die notwendigen Unterlagen für die Wahlmöglichkeiten für eine Absicherung im Krankheitsfall zu.  
Please send me more information and the necessary documents for optional possibilities of insurance in case of illness.

\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

\* Life partners are same-sex partners who have declared their partnership by means of a civil partnership (Civil Partnership Act).

\*\* Die Angaben zu diesen Feldern sind freiwillig.

\*\* Responses to these fields are optional.

## Angaben zum Einkommen (beitragspflichtige Einnahmen) Information on Income

- Bitte Angaben in **Bruttobeträgen** und
- bitte stets **vollständige Kopien** des letzten Einkommensteuerbescheides/  
der genannten Nachweise beifügen
  
- Please indicate only gross amounts
- Attach complete copies of the last income tax assessment or other  
necessary evidence

	monatlich in € monthly in €
<p>Aus nichtselbstständiger Beschäftigung/Tätigkeit (z. B. geringfügige Beschäftigung - bitte Kopie des Gehaltsnachweises beifügen)</p> <p>Sonderzahlungen (z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld) jährlich _____ €</p> <p>Income from non self-employment (please attach a copy of the evidence of income)</p> <p>Special payments (e.g. holiday benefits) per annum _____ €</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aus selbstständiger/freiberuflicher Tätigkeit (bitte bei Beginn der Selbstständigkeit ggf. den Nachweis über die Gewährung des Gründungszuschusses - § 93 SGB III oder eine entsprechende Leistung nach § 16 SGB II (z. B. Einstiegsgehalt nach §16b SGB II) beifügen)</p> <p>Income from freelancing/self-employment (where applicable please attach a copy of the evidence of the establishment granting of freelancing/self-employment - Section 93 SGB III or a corresponding service in accordance with Section 16 SGB II (e.g. introductory bonus in accordance with Section 16b SGB III))</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Dienstbezüge/Pension als Beamte(r) (bitte Kopien der Bezügeabrechnung beifügen)</p> <p>Sonderzahlungen (z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld) jährlich _____ €</p> <p>Income from official emoluments/pension for official(s) (please attach copies of remuneration statements)</p> <p>Special payments (e.g. holiday benefits) per annum _____ €</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Pension from the statutory pension insurance</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (bitte Kopie der letzten Rentenanpassungsmittelteilung beifügen)</p> <p>Pension from the statutory accident insurance (please attach copy of the most recent pension payment adjustment)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Betriebsrente/Versorgungsbezüge (bitte Kopie des Bescheides der Zahlstelle beifügen)</p> <p>Company pension/ related benefits (please attach a copy of the evidence from the paying agency)</p> <p>Sonderzahlungen kapitalisierter (einmaliger) Versorgungsbezug (innerhalb der letzten 10 Jahre) _____ €</p> <p>Special payments per annum _____ €</p> <p>Capitalised (one time) benefits in the last 10 years _____ €</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Sonstige Renten (z. B. ausländische Renten, private Lebensversicherung, Versorgungsrenten etc. - bitte Nachweise beifügen)</p> <p>Other pensions (e.g. foreign pensions, life insurance, pension funds, etc. – please attach copies of evidences)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Grundbesitz, Vermietung und Verpachtung Income from property, rental or leasing</p>	<p>_____</p>
<p>Kapitalerträge, Zinseinnahmen Income from investment or interest</p>	<p>_____</p>

<p><b>Sonstige Einnahmen</b>  (z. B. Unterhaltszahlungen von getrennt lebenden/geschiedenen Ehe-/Lebenspartnern, Sozialhilfe, Grundsicherungsleistung, BAföG, Abfindung des ehem. Arbeitgebers etc. - bitte Nachweise beifügen)  <b>Art der Einnahme</b> _____  <b>Income from other means</b>  (e.g. alimony payments from divorced spouses, social benefits, student loan, compensation from former employee, etc. – please attach copies of all necessary evidence)  <b>Mean of income</b> _____</p>	<b>monatlich in €</b> <b>monthly in €</b>     
<p><b>Sonstige Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhaltes</b>  (z. B. Unterstützung durch Familie, Ersparnisse etc. - bitte Art der Finanzierung zum Lebensunterhalt angeben)  <b>Art der Einnahme</b> _____  <b>Other ways of making a living</b>  (e.g. support from the family, own savings, etc. – please indicate the mean of financing)  <b>Mean of income</b> _____</p>	

Ich habe alle Einnahmen, die ich zu meinem Lebensunterhalt verwende oder verwenden könnte, vollständig angegeben. Mir ist bekannt, dass unvollständige Angaben die rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung zu meinen Ungunsten zur Folge haben können.

Ich bin über meine gesetzlichen Mitwirkungspflichten informiert und benachrichtige die KKH umgehend, wenn sich meine Einkommensverhältnisse verändern oder mir ein neuer Einkommensteuerbescheid zugeht. Mir ist ferner bekannt, dass bei verspäteter Vorlage meines Einkommensteuerbescheides eine rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung zu meinen Gunsten ausscheidet.  
Die Satzungsbestimmungen der KKH sind mir ebenfalls bekannt.

Die Angabe der persönlichen Daten (Sozialdaten) ist für die Durchführung unserer Aufgaben gemäß § 284 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V bzw. § 28 SGB IV sowie § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI erforderlich. Die Daten in den Nachweisen, die für die einkommensabhängige Beitragsbemessung nicht erforderlich sind, kann ich schwärzen.

I have indicated all of the income that I use or could use for my living. I am aware that incomplete information may result change of the contribution assessment which may be detrimental.

I have been informed of my statutory obligation to cooperate and will inform KKH immediately if my income circumstances change or I receive a new income tax assessment. I am further aware that if there is a delay in the submission of my income tax assessment a retroactive correction of the contribution assessment may have negative consequences for me.  
I am also aware of the provisions in the KKH statutes.

The provision of personal information (social data) is necessary for us to carry out our tasks in accordance with Section 284 of the Volume V of the Social Insurance Code (SGB V) in combination with Section 206 SGB V and Section 28 SGB IV and Section 94 SGB XI in combination with Section 50 SGB XI. I can redact the information in the evidence which is not required for the income-dependent contribution assessment.

Bei Fragen bin ich tagsüber telefonisch zu erreichen unter:\*\* \_\_\_\_\_  
For additional questions I can be reached during the day by phone\*\* : \_\_\_\_\_

Meine E-Mail-Adresse lautet:\*\* \_\_\_\_\_  
My E-Mail is\*\* : \_\_\_\_\_

Bemerkungen/Hinweise: \_\_\_\_\_  
Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
Place, date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes  
Signature

\*\* Die Angaben zu diesen Feldern sind freiwillig.  
\*\* Responses to these fields are optional.

## **Hinweise zur einkommensabhängigen Beitragsbemessung bei der KKH**

Bestimmte Versicherte der KKH können eine einkommensabhängige Beitragsbemessung beantragen. Der Beitrag errechnet sich dann aus den tatsächlichen Einnahmen. Dabei wird die gesetzliche Mindestbeitragsbemessung berücksichtigt.

### **Wann erfolgt die einkommensabhängige Beitragsbemessung?**

Die einkommensabhängige Beitragsbemessung ist nur auf Antrag möglich. Erfüllen Sie die Voraussetzungen, wird sie für einen bestimmten Zeitraum befristet. Sie erhalten einen Verlängerungsantrag, bevor die Frist abläuft.

### **Aus welchen Einnahmen errechnet sich der Beitrag?**

Berechnungsgrundlage der einkommensabhängigen Beiträge sind die beitragspflichtigen Einnahmen. Dies sind alle Einnahmen und Geldmittel, die Sie zum Lebensunterhalt verbrauchen oder verbrauchen könnten.

Wir ermitteln die beitragspflichtigen Einnahmen nach folgenden Grundsätzen:

- Es werden stets die Bruttobezüge berücksichtigt (ohne Rücksicht auf die steuerliche Behandlung der Einnahmen).
- Verluste in einer Einkommensart mindern die Einnahmen in anderen Einkommensarten nicht (abweichend vom Steuerrecht).
- Der Gewinn aus Einkünften selbstständiger Tätigkeit zählt zu den anrechenbaren beitragspflichtigen Einnahmen.
- Unregelmäßig zufließende Bezüge (z. B. Urlaubs-/Weihnachtsgeld) werden mit einem Zwölftel des jährlichen Betrages berücksichtigt.
- Ist der Ehe-/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert, fließen unter bestimmten Voraussetzungen auch dessen beitragspflichtige Einnahmen in die Beitragsberechnung mit ein. Wir informieren Sie gerne über die Einzelheiten dieser Beitragsbemessung.

### **Welche Einkommensnachweise werden benötigt?**

Die beitragspflichtigen Einnahmen ermitteln wir aus Ihrem aktuellen Einkommensteuerbescheid. Aber auch Gehaltsbescheinigungen, Rentenbescheide, Bescheide über Leistungen nach dem BAföG oder dem Bundessozialhilfegesetz erkennen wir an.

Bitte informieren Sie uns umgehend, wenn sich Ihre beitragspflichtigen Einnahmen ändern und Sie einen neuen Einkommensteuerbescheid erhalten. Besonders wichtig ist dies, wenn sich Ihre Einnahmen verringern. Niedrigere Einnahmen dürfen wir erst mit Beginn des Monats nach Vorlage des Nachweises berücksichtigen. Eine nachträgliche Verringerung des Beitrags für zurückliegende Monate lässt der Gesetzgeber nicht zu.

### **Zu welchem Zeitpunkt sind die Beiträge zu entrichten?**

Die Beiträge werden für den jeweiligen Beitragsmonat erhoben. Sie sind bis zum 15. des Folgemonats (Fälligkeitstag) zu zahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Wertstellung zugunsten der KKH.

Für ein ausführliches Gespräch zu diesem Thema sind wir gerne für Sie da. Bitte wenden Sie sich vertrauensvoll an uns.

## **Information on the income-dependent contribution at KKH**

Certain people who are insured by KKH can apply for an income-dependent contribution assessment. The contribution is then calculated from the actual income. The minimum statutory contribution is taken into account.

### **When is the income-dependent contribution assessment carried out?**

The income-dependent contribution assessment is available only on request. As soon as you fulfil the requirements, you will receive the contribution, which is limited to a certain period. An extension is possible before the end of the limit.

### **From what income is the contribution calculated?**

The basis of calculation of the income-dependent contribution is all the income and money that you use or could use for your living.

We determine the income which is subject to contributions according to the following principles:

- Only gross amounts are taken into account (regardless of tax adjustments).
- Losses in one type of income do not decrease the income from another type (different from the tax law).
- Income from freelance activity counts as allowable income and is subject to contributions.
- Irregular income (e.g. holiday benefits) is calculated as one twelfth of the total annual amount.
- If the spouse/ life partner does not have a statutory health insurance, then becomes their income subject to contributions and is included in the contribution calculation under certain conditions. We would gladly provide you with further information about the details of this contribution assessment.

### **What evidence of income is required?**

We determine the income which is subject to contributions from your current income tax assessments. However, we also recognise salary or pension certificates, evidences of student loans or those of the Federal Social Security Law.

Please inform us immediately if your income which is subject to contribution changes and you receive a new tax assessment. This is particularly important if your income decreases. Low incomes are only taken into account from the start of the month after submission of the evidence. A reduction of the contribution for the months in the past is not allowed by the legislation.

### **At what point do the contributions need to be made?**

The contributions are made for each respective month of contribution payment. These should be paid by the 15th day of the subsequent month (due date). The payment date is considered the date when the KKH received the invoice.

We are always available for an extensive and trustworthy discussion on this topic. Don't hesitate to contact us.

## **Erläuterungen zur Absicherung mit Krankengeld**

Wenn Sie vor Beginn des Versicherungsschutzes mit Krankengeld arbeitsunfähig sind, haben Sie keinen Anspruch auf Krankengeld. Die Absicherung besteht erst bei der folgenden Erkrankung.

### **Gesetzliches Krankengeld Comfort**

Für den gesetzlichen Krankengeldanspruch gelten die Regelungen der §§ 44 ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die Wahlerklärung zum gesetzlichen Krankengeldanspruch Comfort beginnt mit dem Folgemonat nach Eingang Ihrer Erklärung. Sie wirkt frühestens mit Beginn der Versicherung und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis. Die Bindefrist an die Krankengeldabsicherung beträgt drei Jahre. Diese Frist bleibt auch bei einem Krankenkassenwechsel bestehen.

### **Wahltarif Krankengeld Premium**

Selbstständige können bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres den Tarif Krankengeld Premium wählen. Der Tarif beginnt zum Ersten des Folgemonats, nachdem die Tarifwahl erklärt wird. Sie wirkt frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Die Teilnahme an dem Tarif kann mit Wirkung ab Aufnahme der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit gewählt werden. Dafür muss die Tarifwahl innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit erfolgen. Mit der Wahl des Krankengeldes Premium entsteht eine dreijährige Bindungsfrist an die KKH.

Liegt einen Monat vor Tarifbeginn kein gleichwertiger Versicherungsschutz vor, beginnt der Wahltarif mit dem 1. des vierten Monats nach Antragstellung.

Der Tarifeilnehmer hat eine monatliche Prämie von 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen, unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgegebenen Mindest- und Höchstbeitragsbemessungswerte, zu entrichten. Änderungen der Einkommenshöhe sind unverzüglich mitzuteilen.

Der Tarif endet u. a., wenn eine Altersrente, eine Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit bezogen wird.

Eine Kündigung kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ablauf eines vollen Jahres der Tarifeilnahme erfolgen. Dies ist frühestens nach Ablauf des dritten Tarifjahres möglich. Andernfalls verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr.

## **Erläuterungen zum Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung**

Kinderlose zahlen seit 01.01.2005 zur sozialen Pflegeversicherung einen Beitragszuschlag von 0,25 Prozentpunkten. Dies gilt nicht für Versicherte bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres und für Versicherte, deren Geburtsjahrgang vor 1940 liegt.

Wird die Elterneigenschaft nachgewiesen, ist der Beitragszuschlag nicht zu erheben. Der Beitragszuschlag entfällt ab dem Monat der Geburt des Kindes. Der Nachweis ist hierfür innerhalb von drei Monaten einzureichen. Ansonsten fällt der Beitragszuschlag erst mit dem Monat nach Vorlage des Nachweises weg.

Die Elterneigenschaft besteht nicht nur bei leiblichen Eltern, sondern auch bei Stiefeltern, Pflegeeltern und Adoptiveltern. Es werden alle Urkunden berücksichtigt, die geeignet sind, die Elterneigenschaft des Versicherten nachzuweisen.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem KKH Serviceteam.



## **Information on coverage with sickness allowance**

If you are unable to work prior to the beginning of insurance coverage with sickness allowance, you will not be able to claim a sickness allowance. Coverage is only provided for a subsequent condition.

### **Statutory 'Comfort' sickness allowance**

The provisions of Sections 44 ff. of the Social Security Statute (Volume 5) (SGB V) apply for the statutory claim to sickness allowance.

The voluntary declaration for the statutory 'Comfort' sickness allowance entitlement shall begin with the following month after receipt of your declaration. It shall become effective no earlier than on the beginning of insurance coverage and with affiliation to the group of eligible persons. The lock-in period for sickness allowance coverage amounts to three years. This period shall also continue in the event you switch health insurance.

### **Optional 'Premium' sickness allowance rate**

Self-employed persons may choose the premium sickness allowance rate until they reach 55 years of age. The rate begins on the first of the following month after the rate choice is declared. It shall become effective no earlier than on the beginning of membership. Participation in the rate can be chosen with effect from the start of full-time self-employment. In this case, the rate must be chosen within two weeks of commencing the full-time self-employment. The 'Premium' sickness allowance is tied to a three-year lock-in period to KKH.

If no equivalent insurance protection exists one month prior to the beginning of the rate, the optional rate shall begin on the first of the fourth month following the application.

The participant has to pay a monthly premium amounting to 1% of assessable income, taking into consideration the legally prescribed minimum and maximum contribution assessment values. Any changes to the level of income must be promptly disclosed.

The rate shall end, for instance, once a retirement pension, a pension due to a full reduction of earnings capacity or incapacity to work, is drawn.

Termination is possible with a notice period of two months to the end of a full year of participation in the rate. This is possible no earlier than on expiry of the third year in the rate. Otherwise, participation in the rate shall be extended by a further year.

## **Information on the premium supplement for childless policyholders in nursing insurance**

Childless policyholders have been paying a premium supplement of 0.25 percent points for social nursing insurance since 1st January 2005. This does not apply for policyholders aged below 23 and for policyholders whose birth year lies before 1940.

If evidence of parenthood is provided, the premium supplement need not be paid. The premium supplement no longer applies from the month in which the child is born. Corresponding evidence must be submitted within three months. Otherwise, the premium supplement shall only no longer apply from the month in which evidence is submitted.

Parenthood includes biological parents as well as step parents, foster parents and adoptive parents. All certificates shall be considered that suitably provide evidence of parenthood for the policyholder.

Please contact your KKH Service Team for further information.

## SEPA-Lastschriftmandat SEPA direct debit mandate

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58KKH00000263929

Creditor identification number: DE58KKH00000263929

Mandats-ID:

Mandate ID:

Name:

Name:

Anschrift:

Address:

Ich ermächtige die KKH, **Beitragszahlungen ab Beitragsmonat/Jahr** \_\_\_\_\_ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KKH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

I authorise KKH to take **contribution payments starting from the contribution month/year** \_\_\_\_\_ from my bank account via a direct debit. I also authorise my credit institution to accept any direct debits taken from my account by KKH.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Note: I can request the refund of the amount debited within eight weeks from the date of debiting the amount. The conditions agreed with my credit institution apply.

---

Kreditinstitut

Name of the credit institution

---

BIC

---

IBAN

---

Vorname und Name Kontoinhaber / Firma

Name and surname of the account holder/ company

**Wenn abweichender Kontoinhaber bitte zusätzlich ausfüllen:**

**In case that the account holder is different from the above mentioned, please include additional information:**

---

Straße und Hausnummer  
Street and house number

---

PLZ                      Ort  
Postal code and city

---

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers (ggf. gesetzlicher Vertreter o. Bevollmächtigter)

(Diese Erklärung gilt, solange sie nicht der KKH gegenüber widerrufen wird.)

Place, date and signature of the account holder (or authorised representative)

(This declaration applies unless revoked by the KKH.)

**Wichtig:**

Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt mit Datum und Unterschrift gültig. Sie werden über den Lastschrifteinzug rechtzeitig informiert.

Änderungen teilen Sie uns bitte schriftlich mit.

**Important:**

The mandate is only valid if it is completely filled in with the date and signature. You will be informed as soon as the direct debit is approved. Please communicate any changes to us in written form.

## Informationen zur Einführung von SEPA

Der Begriff SEPA steht für " **Single Euro Payments Area**", also für den einheitlichen, europaweiten Zahlungsverkehrsraum.

Das Ziel von SEPA ist es, gemeinsame Standards für den Zahlungsverkehr zu schaffen.

**Ab 1. Februar 2014** gilt auf Grund gesetzlicher Vorgaben der Europäischen Union das SEPA-Verfahren unter Nutzung von IBAN und BIC. Damit werden die nationalen Verfahren für Überweisungen und Lastschriften mit Kontonummer und Bankleitzahl abgelöst.

### Was sind IBAN und BIC?

Die **IBAN** (**I**nternational **B**ank **A**ccount **N**umber) ist eine international gültige Kontonummer. Sie umfasst in Deutschland 22 Stellen (DE/2-stellige Prüfziffer/BLZ/10-stellige Kontonummer).

Der **BIC** (**B**usiness **I**dentifier **C**ode) hat die Funktion einer internationalen Bankleitzahl.

Ihre persönliche IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

### Was ist ein SEPA-Lastschriftmandat?

Grundlage für die Nutzung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist eine Autorisierung, das SEPA-Lastschriftmandat. Das SEPA-Mandat ist eine Vereinbarung zwischen dem Zahlungsempfänger und dem Zahler, die dem Zahlungsempfänger gestattet, Lastschriften zulasten des Kontos des Zahlers einzureichen. Es ersetzt die bisherige Einzugsermächtigung. Die kontoführende Bank des Zahlers wird autorisiert, mit dem ausgewiesenen Betrag das Konto des Zahlers zu belasten.

SEPA-Lastschriftmandate müssen **in Schriftform mit der Originalunterschrift** des Kontoinhabers vorliegen.

### Was sind eine Mandats-Referenznummer und eine Gläubiger-Identifikationsnummer?

Jedes Mandat erhält von der KKH eine Referenznummer. Die Gläubiger-Identifikationsnummer dient der europaweit einheitlichen Kennzeichnung des Zahlungsempfängers. Mit der Referenznummer und der Gläubiger-Identifikationsnummer lässt sich jedes erteilte Mandat eindeutig identifizieren. So können Sie prüfen, ob dem Einzug ein gültiges Mandat zugrunde liegt.

### Wie lange besteht eine Rückgabemöglichkeit?

Sie können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, ohne Angabe von Gründen die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

## Information on the introduction of SEPA

SEPA stands for "Single Euro Payments Area". The aim of SEPA is to create common standards in payment transactions.

**From February 1, 2014**, the SEPA process with the use of IBAN and BIC applies on the basis of legal specifications by the European Union. This replaces the national processes for transfers and direct debits with account numbers and sort codes.

### What are IBAN and BIC?

**IBAN** stands for International **B**ank **A**ccount **N**umber. In Germany, it is made up of 22 characters (DE/2-digit check digit/sort code/10-digit account number).

**BIC** stands for **B**usiness **I**dentifier **C**ode and has the function of an international sort code. You can find your personal IBAN and BIC on your account statement.

### What is a SEPA direct debit mandate?

In order to use the SEPA direct debit process one needs an authorisation, namely the SEPA direct debit mandate. The SEPA mandate is an agreement between the payment recipient and the payer granting the payment recipient the right to submit direct debits that will debit the payer's account. This replaces the previous direct debit authorisation. The payer's bank is authorised to debit the amount shown in the payer's account.

SEPA direct debit mandates must be submitted in **written form with the original signature** of the account holder.

### What are the mandate reference number and the creditor identification number?

Each mandate receives a reference number from KKH. The creditor identification number is used to identify the payment recipient in a standard European identification mode. Each mandate can be clearly identified using the creditor identification number. In this way, you can check whether the withdrawal is based on a valid mandate or not.

### For how long is it possible to request a refund?

You can request the reimbursement of the debited amount within eight weeks of the debit date without giving a reason.