

Anlage zum Krankenversicherungsantrag zur Datenübermittlung und zur Steueridentifikationsnummer

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Versicherungsnehmer/-in	Name	Vorname	Geburtsdatum
	_____		____ ____ ____ ____
	Datenübermittlung ab	Antrags-Vertragsnummer	
	____ ____ ____ ____	_____	
Einer Datenübermittlung an die Finanzbehörden wird: <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> widersprochen			
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> liegt der AXA/DBV Krankenversicherung vor		
	<input type="checkbox"/> soll von der AXA/DBV Krankenversicherung ermittelt werden		

Zu versichernde Person 1	Name	Vorname	Geburtsdatum
	_____		____ ____ ____ ____
	Einer Datenübermittlung an die Finanzbehörden wird: <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> widersprochen		
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> liegt der AXA/DBV Krankenversicherung vor		
	<input type="checkbox"/> soll von der AXA/DBV Krankenversicherung ermittelt werden		

Zu versichernde Person 2	Name	Vorname	Geburtsdatum
	_____		____ ____ ____ ____
	Einer Datenübermittlung an die Finanzbehörden wird: <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> widersprochen		
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> liegt der AXA/DBV Krankenversicherung vor		
	<input type="checkbox"/> soll von der AXA/DBV Krankenversicherung ermittelt werden		

Zu versichernde Person 3	Name	Vorname	Geburtsdatum
	_____		____ ____ ____ ____
	Einer Datenübermittlung an die Finanzbehörden wird: <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> widersprochen		
Steuer-Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/> liegt der AXA/DBV Krankenversicherung vor		
	<input type="checkbox"/> soll von der AXA/DBV Krankenversicherung ermittelt werden		

Anmerkungen zur Datenübermittlung und zur Steueridentifikationsnummer Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der AXA/DBV Krankenversicherung den Finanzbehörden übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge mindert, wenn ich diese Einwilligung nicht oder eingeschränkt erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, meine Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen. Sofern die Ermittlung der Steueridentifikationsnummer von der AXA/DBV Krankenversicherung durchgeführt werden soll, bestätige ich, zur Abgabe der Identifikationsnummer aufgefordert worden zu sein und erkläre, diese nicht beibringen zu wollen.

Unterschriften	des/der Versicherungsnehmer/-in - ggf. als gesetzliche/-r Vertreter/-in mitzuversichernder Personen
	der mitzuversichernden Person 1 bezogen auf alle obigen Erklärungen
	der mitzuversichernden Person 2 bezogen auf alle obigen Erklärungen
	der mitzuversichernden Person 3 bezogen auf alle obigen Erklärungen

