

Mitteilung der Steueridentifikationsnummer für die Meldung der Kranken-/Pflegeversicherungsbeiträge

KVF-060 12.23

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die  
uniVersa  
Krankenversicherung a.G.  
Abteilung PWV  
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Damit auch Sie Ihre Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge steuerlich geltend machen können, benötigen wir von den versicherten Personen und von Ihnen die Steueridentifikationsnummer.

**Ich habe meine und die Steueridentifikationsnummer der ggf. mitversicherten Personen bei der Hand und möchte Ihnen diese nachfolgend mitteilen.**

Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person/en	Steueridentifikationsnummer (11-stellig)
Zuname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/>	<input type="text"/>
Zuname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/>	<input type="text"/>
Zuname <input type="text"/> Vorname <input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bitte beachten Sie, dass es sich bei der Steueridentifikationsnummer nicht um Ihre Steuernummer handelt.**

**Einwilligung in die Datenübermittlung an die Finanzbehörden (gilt nur für die Veranlagungszeiträume bis einschließlich Kalenderjahr 2018)**

Ich willige ein, dass die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Beträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) von der uniVersa Krankenversicherung a.G. den Finanzbehörden übermittelt werden.

Mit meiner Unterschrift bekunde ich, dass ich von eventuell weiteren mitversicherten Personen bevollmächtigt bin, die zur Ermittlung der steuerlich abzugsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge bestimmten personenbezogenen Daten (Namen, Vertragsdaten, Steueridentifikationsnummer, geleistete Beiträge und ggf. Informationen zu erstatteten Beiträgen) an die uniVersa Krankenversicherung a.G. zum Zwecke der Übermittlung an die Finanzbehörden weiterzugeben.

Die Einwilligung kann maximal 7 Jahre rückwirkend abgegeben werden. Die Einwilligung gilt ab dem Kalenderjahr:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer