

Persönliche Angaben

Ich möchte zur IKK - Die Innovationskasse ab _____

Frau Herr

Name, Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden
 verwitwet Eingetragene Lebenspartnerschaft

E-Mail* _____ Telefon* _____

Rentenversicherungsnummer _____ noch keine vorhanden

Versichertennummer _____ Steueridentifikationsnummer _____

Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin

Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Student/in
 Rentner/Antragsteller Selbständige/r Freiwillig Versicherte/r
 Leistungsempfänger/in von Arbeitslosengeld
 Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____ Telefon/Ansprechpartner* _____

Arbeitgeberbetriebsnummer/Kundennummer Arbeitsagentur _____

beschäftigt/arbeitslos seit _____ mtl. Bruttoentgelt (EUR) _____

selbständig Erwerbstätige/r ab _____ als _____

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
 Ich bin an der Firma/Gesellschaft beteiligt.
Art der Beteiligung: _____
 Ich habe eine weitere Beschäftigung _____
 Ich habe einen Rentenantrag gestellt.
 Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.**
 Ich erhalte Versorgungsbezüge** (Betriebsrente/Pension/Kapitalabfindung).

IKK - Die Innovationskasse, 19102 Schwerin

*Diese Angaben sind freiwillig.

**Bitte Nachweis, z. B. Leistungs-, Renten- oder Steuerbescheid bzw. Versicherungsnachweis beifügen oder nachreichen.

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert
 freiwillig versichert privat versichert im Ausland versichert
 in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert

von _____ bis _____ Name der Vorversicherung _____

Zuzug aus dem Ausland am _____

Zum Mitgliedschaftsbeginn findet ein Statuswechsel statt
(z. B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosigkeit/Rente) ja nein

Angaben bei Studenten Ich studiere ab _____

Hochschule/Fachschule (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Ich beantrage mtl. Beitragszahlung (Einzugsermächtigung erforderlich).

Weitere Angaben

Ich habe

Familienangehörige und möchte sie kostenfrei mitversichern.
 Kinder (Angabe für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung).
 anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung mit ein.

Ich bin von der Pflegeversicherung befreit (bitte Nachweis beifügen).

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die IKK - Die Innovationskasse mich persönlich, schriftlich, telefonisch, per SMS oder E-Mail betreut und zu ihren Angeboten berät. Der Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten zu diesem Zwecke stimme ich hiermit zu. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der IKK nach §§ 13-15 SGB I bleiben unberührt.

Datenschutzhinweis

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 206 und 284 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und § 94 SGB Elftes Buch (SGB XI) Pflegeversicherung in Verbindung mit § 21 SGB Zehntes Buch (SGB X) zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Der Schutz der Sozialdaten nach den Vorschriften des SGB X sowie der DS-GVO (Datenschutzgrundverordnung) ist gewährleistet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.die-ik.de/datenschutz.

Ort/Datum _____ Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung) _____

Daten des Vertriebspartners

Vertriebspartner _____

PLZ, Standort _____

VP-Nr. _____ ext. VK _____

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die IKK den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.