

# Herzlich willkommen!

## Persönliche Angaben

Ich möchte zur IKK - Die Innovationskasse ab

Vorname, Name

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

E-Mail\*

weiblich  männlich  divers  unbestimmt

Telefon\*

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

## Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin

- Arbeitnehmer  Auszubildender  Student  
 Rentner / Antragsteller  Selbständiger  Freiwillig Versicherter  
 Leistungsempfänger von Arbeitslosengeld  
 Sonstiges

Ich habe

- Familienangehörige und möchte sie kostenfrei mitversichern.

Mein Arbeitgeber

Name Arbeitgeber / Arbeitsagentur / Jobcenter

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

beschäftigt / arbeitslos seit

mtl. Bruttogehalt (EUR)

selbständig Erwerbstätiger 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)

\*\* 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

Angaben bei Studenten

Ich studiere ab

Hochschule / Fachschule (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung mit ein.

- Ich bin von der Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)

## IK-Wahltarife

Ich erkläre die Teilnahme am IK-Tarif:

- Hausarzt  Facharzt  Zahnersatz  
(Mehrfachauswahl möglich)

oder

- IK-Geld-Zurück

Ich wähle

- zusätzlich die Kostenerstattung nach § 13 (2) SGB V für die ambulante ärztliche Behandlung.

## IK-Bonusprogramm

Ich wünsche

- die Teilnahme am IK-Bonusprogramm.

## Bankverbindung für Prämienauszahlung

Name Kontoinhaber

IBAN

Datenschutzhinweise

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-ikk.de/datenschutz](http://www.die-ikk.de/datenschutz).

\* Die Angaben sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrags keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und / oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsverhältnis schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

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 - Die Innovationskasse (IKK) den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.