

Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung

(zugleich Meldung zur sozialen Pflegeversicherung)

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 206 und 284 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in Verbindung mit § 21 SGB Zehntes Buch (X) erforderlich. Der Schutz der Sozialdaten ist unter Beachtung der Vorschriften des SGB X und der DS-GVO gewährleistet.

Name	Vorname(n)	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort
RV-Nummer	Geschlecht	Familienstand
Telefon*	E-Mail*	

* freiwillige Angaben

Ehegatte/Lebenspartner nach dem Gesetz

- ist privat krankenversichert
 ist gesetzlich krankenversichert (keine Angaben zum Ehegatteneinkommen erforderlich)

Kinder/Stiefkinder

(Anzahl der Kinder, bitte Nachweis zur Prüfung der Elterneigenschaft beifügen)

Versicherungsgrund

Die Versicherung wird beantragt wegen

- Ende der Pflichtmitgliedschaft
 Ende der Familienversicherung
 Krankenkassenwechsel

Derzeitige Tätigkeit

Beschreibung (ggf. Beruf und Branche)

seit/ab

Achtung: Bei selbstständiger oder gewerblicher Tätigkeit ist eine Kopie der Gewerbeanmeldung/en und evtl. ein Nachweis über den Gründungszuschuss einzureichen.

Vorversicherung

vom	bis	Name der Krankenkasse

Einkünfte

Mein Einkommen übersteigt die monatliche/jährliche Beitragsbemessungsgrenze

- ja** (weitere Angaben sind nicht erforderlich) **nein** (bitte Einkünfte angeben und als Nachweis der steuerpflichtigen Einkünfte den aktuellen Einkommensbescheid beifügen)

	Selbstst. Tätigkeit oder Gewerbe	Vermietung und Verpachtung	Kapitaleinnahmen	Abhängige Beschäftigung	Renten und rentenähnliche Einkünfte (z. B. Versorgungsbezüge)	Sonstige Einnahmen (z. B. BaföG/Sozialhilfe)
Eigene Einkünfte in EUR/Jahr						
Ehegatteneinkünfte in EUR/Jahr						

Krankengeldanspruch

- Ich wähle den gesetzlichen Krankengeld-Anspruch ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.
 Ich wünsche Beratung zum Wahltarif KG 15 (Ergänzungstarif 15.-42.Tag der Arbeitsunfähigkeit).

Zahlung der Beiträge

- Die Beiträge sollen mit SEPA-Lastschrift abgebucht werden. (Bitte Mandat ausfüllen, unterschreiben und beifügen!)
 Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber überwiesen.
 Die Beiträge werden überwiesen von:

Einwilligung zur Meldung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

- Hiermit willige ich ein, dass die IKK - Die Innovationskasse die von mir gezahlten und erstatteten Beiträge an die Finanzverwaltung zur steuerlichen Berücksichtigung im Rahmen des Sonderausgabenabzugs übermittelt.

Steuerliche Identifikationsnummer

Unterschrift

Ich versichere, sämtliche Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen teile ich Ihnen unverzüglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bearbeitungsvermerke der IKK

aufgenommen	durch:	monatl. KV-Beitrag:
am		monatl. PV-Beitrag:

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE75 ZZZO 0000 1983 42

Mandatsreferenz

(Krankenversicherungsnummer)

Ich ermächtige die IKK - Die Innovationskasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der IKK - Die Innovationskasse auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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.

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

IBAN

BIC (SWIFT-Code)

Name Kreditinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten (oder gesetzlichen Vertreters)