

Teilnahmeerklärung

IKK-Wahltarif KG 15

**vom 15. bis zum 42. Tag einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit
Prämiensatz 1,9 v. H.**

Ja, ich wähle den Wahltarif KG 15
Bitte eintragen (der Tarifbeginn muss in der Zukunft liegen).

Für die Prämienberechnung erbringen Sie bitte durch geeignete Belege (Lohn/Gehaltsabrechnung, Einkommenssteuerbescheid) den Nachweis Ihrer beitragspflichtigen Einnahmen.

(Sollten Sie bereits als freiwilliges Mitglied dieser Aufforderung nachgekommen sein, entfällt dieser Nachweis).

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefon

☐

Die Prämie soll monatlich mittels SEPA-Lastschrift eingezogen werden.

(Bitte SEPA-Mandat ausfüllen, unterschreiben und beifügen.)

☐

Das SEPA-Mandat soll auch für die monatlichen Kranken- und Pflegekassenbeiträge gelten (bitte ankreuzen, falls gewünscht).

An die Wahl des Tarifs Krankengeld bin ich für drei Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. Gleichzeitig bleibt meine Mitgliedschaft bei der IKK - Die Innovationskasse mindestens für die Dauer von drei Jahren bestehen.

Ich habe die beigefügten Teilnahmebedingungen der IKK - Die Innovationskasse erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese an.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten (oder gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzhinweis

Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten ausschließlich nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie der Datenschutzgesetze des Bundes und der Länder.

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)