

Herzlich willkommen!



Persönliche Angaben

Ich möchte zur IKK - Die Innovationskasse ab

Vorname, Name

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden

☐ verwitwet ☐ verpartnert

E-Mail*

Telefon*

Rentenversicherungsnummer

Versichertennummer

Steueridentifikationsnummer

Angaben zur Vorversicherung

von

bis

Name der Vorversicherung

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 Elternschaft beifügen)

Versicherungsgrund

Die Versicherung wird beantragt wegen

☐ Ende der Pflichtmitgliedschaft

☐ Ende der Familienversicherung

☐ Krankenkassenwechsel

Derzeitige Tätigkeit

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

Beschreibung (ggf. Beruf und Branche)

seit/ab

Angaben zu den Einkünften

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 renten-ähnliche 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).

☐ Ich wähle keinen Krankengeld-Anspruch.

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:

* Diese Angaben sind freiwillig.

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

Bearbeitungsvermerke der Innovationskasse

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

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die IKK - Die Innovationskasse (IKK) 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 nach §§ 13-15 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) bleiben unberührt.

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.

Ort/Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

☎ 0385 6373830
www.die-ikk.de