

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*

noch keine vorhanden

Rentenversicherungsnummer

Versichertennummer Steueridentifikationsnummer

Angaben zum Versicherungsschutz

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

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort Telefon/Ansprechpartner*

Arbeitgeberbetriebsnummer/Kundennummer Arbeitsagentur

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)

* 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 ja nein
(z. B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosigkeit/Rente)

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 Beitragsmessung 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 (IK) 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-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 - die Innovationskasse (IK) den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.