

Persönliche Angaben

Ich werde Mitglied bei der IKK BB ab _____. _____. _____.
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

Meine persönlichen Daten

weiblich männlich divers unbestimmt

Vorname _____

Name _____

Straße + Hausnummer _____

PLZ + Ort _____

Telefon * _____

E-Mail * _____

Geburtsdatum _____

RV-Nummer _____

Steuerident-Nummer _____

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand

ledig

verheiratet seit _____

geschieden seit _____

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt

pflichtversichert familienversichert

freiwillig versichert privat versichert

Im Ausland versichert Absicherung in
Sondersystemen
(freie Heilfürsorge, ...)

vom _____ bis _____

bei der _____
(Name der Vorversicherung)

Grund meines Wechsels

Kündigung der bisherigen Krankenkasse zum Ende des über-
nächsten Monats

Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Renteneintritt /
Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin ab / seit _____

Arbeitnehmer Auszubilden-
der

freiwillig versicherter Arbeitnehmer selbstständig

Rentner / Rentenantragsteller Künstler

Bezieher von Arbeitslosengeld I oder II

Stamm- / Bedarfsgemeinschafts-
nummer _____

sonstiges _____
(Student, Praktikant, Rehabilitand, ...)

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Straße + Hausnummer _____

PLZ + Ort _____

Telefon _____

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung
und/oder eine ausländische gesetzliche Rente.

Rentenart, Rentenversicherungsträger

Sonstiges

Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden.

* Ich bin einverstanden, dass die IKK BB mich telefonisch oder per
E-Mail zu ihren Angeboten informiert. Diese Einwilligung kann ich jeder-
zeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich, telefonisch oder per E-Mail
an service@ikkbb.de widerrufen.

*Ja, ich möchte den IKK BB-Newsletter erhalten (E-Mail-Adresse
laut Allgemeinen Angaben). Diese Einwilligung kann ich jederzeit über
den Newsletter-Abmeldelink widerrufen.

* Name, Vorname und Geburtsdatum Ehepartner(in) / Lebenspartner(in)

* Name der Krankenkasse des Partners

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK BB widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikkbb.de/datenschutz

IKK BB-Berater

Vermittlernummer

Datum

Unterschrift des Kunden
