

Mitgliedschaftserklärung

Ich wähle die Mitgliedschaft bei der IKK classic ab _____ bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Meine persönlichen Daten

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>	(12-stellig)	
Geburtsname	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>		
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert
vom _____ (Datum) bis _____ (Datum) bei der _____ (Name der Krankenkasse)

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin Arbeitnehmer/in, Bezeichnung der Tätigkeit: _____
 Auszubildende/r
 Bezieher/in von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II**
 Selbstständig

Name des Arbeitgebers/der Arbeitsagentur/ARGE	<input type="text"/>
Betriebsnummer/Kundennummer	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

- Ich beziehe Rente.**
 Ich erhalte Versorgungsbezüge.** (z. B. Betriebsrente/Pension)
- Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (gesonderter Antrag ist beigefügt).
- Ja, ich beantrage die Teilnahme am IKK Bonus.
- Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.
- Ja, ich bin damit einverstanden, von der IKK classic telefonisch, per SMS oder per E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Henry Heß - Generalagentur

SIGNAL IDUNA ADP

Datum

Unterschrift

*freiwillige Angaben
**Bitte Bescheid beifügen

Datenschutz-Hinweis:
Die Erhebung Ihrer Daten dient zur Bearbeitung Ihres Antrages und beruht auf § 175 i.V.m. 284 Sozialgesetzbuch V und § 50 i.V.m. § 93 Sozialgesetzbuch XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit widersprechen. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht.



Nur für interne Vermerke

FD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr.-FD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB
7 0 2	0 4 9 0				
ADVNR 1	Teil.-1	ADVNR 2	Teil.-2	ADVNR 3	Teil.-3
5 8 0 8 6 2 3					

Mitgliedschaftserklärung

Ich wähle die Mitgliedschaft bei der IKK classic ab _____ bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Meine persönlichen Daten

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Rentenversicherungsnr.	<input type="text"/>	(12-stellig)	
Geburtsname	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>		
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert freiwillig versichert familienversichert privat versichert
vom _____ (Datum) bis _____ (Datum) bei der _____ (Name der Krankenkasse)

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin Arbeitnehmer/in, Bezeichnung der Tätigkeit: _____
 Auszubildende/r
 Bezieher/in von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II**
 Selbstständig

Name des Arbeitgebers/der Arbeitsagentur/ARGE	<input type="text"/>
Betriebsnummer/Kundennummer	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Ich beziehe Rente.**
 Ich erhalte Versorgungsbezüge.** (z. B. Betriebsrente/Pension)

Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (gesonderter Antrag ist beigefügt).

Ja, ich beantrage die Teilnahme am IKK Bonus.

Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.

Ja, ich bin damit einverstanden, von der IKK classic telefonisch, per SMS oder per E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Henry Heß - Generalagentur

SIGNAL IDUNA ADP

Datum

Unterschrift

*freiwillige Angaben
**Bitte Bescheid beifügen

Datenschutz-Hinweis:
Die Erhebung Ihrer Daten dient zur Bearbeitung Ihres Antrages und beruht auf § 175 i.V.m. 284 Sozialgesetzbuch V und § 50 i.V.m § 93 Sozialgesetzbuch XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit widersprechen. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht.



Nur für interne Vermerke

FD-Nr.	Betreuer-Nr.	Antr.-FD	Antrags-Nr.	Ext.-Nr.	VB
7 0 2	0 4 9 0				
ADVNR 1	Teil.-1	ADVNR 2	Teil.-2	ADVNR 3	Teil.-3
5 8 0 8 6 2 3					