

## 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 oder  Bürgergeld

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](http://www.ikkbb.de/datenschutz)

IKK BB-Berater

Name Vermittler

Datum

Unterschrift des Kunden

\_\_\_\_\_