

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

I wish to become a member of the IKK BB on _____ or the earliest opportunity.

Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug / Renteneintritt
 Immediate option in the event of change of employer / begin of employment / receipt of unemployment benefits / start of retirement pension

Bitte kündigen Sie bei meiner bisherigen gesetzlichen Krankenkasse zum Ende des übernächsten Monats.
 Please cancel my membership with my existing statutory health insurance effective from the end of the calendar month after next.

Persönliche Daten / Personal data

Name, Vorname / Surname, first name Geburtsdatum / Date of birth Staatsangehörigkeit / Nationality

Straße Hausnummer / Street, house number Steueridentifikationsnummer / Tax identification number Rentenversicherungsnummer / Pension insurance number

Postleitzahl Ort / Postcode, city Telefon* / Phone*

**Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben /
 If you do not yet have a pension insurance number**

E-Mail-Adresse* / E-Mail address* Geburtsname / Maiden name Geburtsort / Place of birth

Geschlecht / Gender

männlich / male weiblich / female divers / diverse ledig / single verheiratet / married

Familienstand / Marital status

Vorversicherung / Prior insurance

Pflichtversicherung / Compulsory insurance Freiwillige Versicherung / Voluntary insurance Familienversicherung / Family insurance

private Versicherung / private insurance
 (Gewerbeabmeldung beigefügt / Business deregistration enclosed) keine Krankenversicherung / no health insurance

Absicherung in Sondersystemen (freie Heilfürsorge)
 Coverage under special schemes (independently insured ...) Auslandsversicherung in / Foreign insurance in

von / from bis / to Name der bisherigen Krankenkasse / Name of existing health insurance provider

Bei Kündigung der bisherigen Krankenkasse / In the event of cancellation of existing health insurance

- Ich habe in den letzten 12 Monaten den Wahltarif / I elected the optional tariff _____ in the last 12 months
 Ich habe einen Wahltarif Krankengeld seit/ I have had an optional sick pay tariff since _____

Art des Versicherungsverhältnisses / Type of insurance relationship

Beschäftigung als Arbeitnehmer(in) / Auszubildende(r) bei Arbeitgeber / Employment as employee / trainee at Employer	Adresse / Address
_____	_____
Berufliche Tätigkeit / Occupation	Telefon / Phone
_____	_____
Beschäftigung über 450 € brutto ? / Earning more than € 450 gross ?	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / Unemployment benefit	Agentur für Arbeit, Jobcenter oder ARGE / Stammnummer bzw. Bedarfsgemeinschaftsnummer Employment agency, Jobcenter or ARGE / reference number or community household number
<input type="checkbox"/> I oder / or <input type="checkbox"/> II	_____
<input type="checkbox"/> Rente(n) aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten)/ Pension(s) from the statutory pension insurance scheme (including foreign pensions)	
Rentenart, Rentenversicherungsträger / Type of pension, Pension insurer	_____

Weitere Angaben / Additional information

Ehepartner/Lebenspartner Name, Vorname und Geburtsdatum* / Spouse's / partner's surname, name and date of birth*	Name der Krankenkasse* / Name of the health insurance provider*
_____	_____
Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden / My children are to be insured as dependents at the IKK BB	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein / no

Datum / Date	Unterschrift / Signature	Ihr IKK BB-Berater / Your IKK BB consultant
_____	_____	_____

Ihre persönlichen Daten werden gemäß § 175 Sozialgesetzbuch V zur Ausübung und zur Durchführung Ihrer Mitgliedschaft (§ 284 SGB V) verarbeitet/ The personal data that you have provided on this form will be used to evaluate and process your membership application (§ 284 SGB V) in accordance with § 175 of Book V of the German Social Code [Sozialgesetzbuch V]