

Allgemeine Angaben	
Vorname / Name	Geburtsdatum / KV-Nummer
_____ Straße / PLZ und Wohnort	_____ Abweichende Semesteranschrift
_____ Telefonnummer / Handynummer*	_____ E-Mail*
_____ Familienstand / Anzahl der Kinder	_____ Beginn der Versicherung bzw. Kassenwechsel zum
Angaben zur letzten Versicherung	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="checkbox"/> nicht versichert	<input type="checkbox"/> Ich habe mich früher von der Versicherungspflicht als Student befreien lassen.
	von _____ bis _____ Name und Ort der bisherigen Krankenkasse
Angaben zum Studium und BAföG	
<input type="checkbox"/> Fachhochschule / Universität	Fachsemester _____
<input type="checkbox"/> Schule des 2. Bildungsweges	Name der Bildungseinrichtung _____
<input type="checkbox"/> Ich erhalte BAföG und möchte regelmäßig von der IKK BB eine Bescheinigung für den Antrag auf Beitragszuschlag haben.	
Angaben zu einer Nebentätigkeit / sonstige Einkünfte	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente / Versorgungsbezug (bitte Nachweis beifügen)	
<input type="checkbox"/> Ich erhalte oder habe Bezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Freie Heilfürsorge erhalten (bitte Nachweis beifügen)	
<input type="checkbox"/> Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus	
<input type="checkbox"/> Ich bin nebenbei an _____ Stunden pro Woche beschäftigt	Name des Arbeitgebers _____
<input type="checkbox"/> Ich habe sonstige Einkünfte von _____, _____ Euro.	Art der Einkünfte _____
Beitragszahlung	
<input type="checkbox"/> Die Beiträge für das Semester werden von mir im Voraus vor Semesterbeginn überwiesen.	
<input type="checkbox"/> Ich ermächtige die IKK BB, die monatlich fälligen Beiträge mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.	
Name der Bank _____	BIC _____ IBAN _____
Kontoinhaber _____	Unterschrift Kontoinhaber _____
Steueridentifikationsnummer	
Einer Abfrage der Steueridentifikationsnummer über die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen direkt beim Bundeszentralamt für Steuern stimme ich zu. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Datenschutzhinweis	
Wir erheben die Daten zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft nach § 5 SGB V, § 20 SGB XI in Verbindung mit § 284 SGB V und § 94 SGB XI.	
Wahlerklärung	
Ich erkläre die Wahl zur IKK BB und versichere, sämtliche Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen teile ich Ihnen unverzüglich mit.	
Datum _____	Unterschrift _____