

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

Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug / Renteneintritt

Bitte kündigen Sie bei meiner bisherigen gesetzlichen Krankenkasse zum Ende des übernächsten Monats.

Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
_____	_____	_____
Straße Hausnummer	Steueridentifikationsnummer	Rentenversicherungsnummer
_____	_____	_____
Postleitzahl Ort	Telefon*	
_____	_____	
E-Mail-Adresse*	Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben	
_____	Geburtsname	Geburtsort
_____	_____	_____
Geschlecht	Familienstand	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	

Vorversicherung

Pflichtversicherung Freiwillige Versicherung Familienversicherung private Versicherung (Gewerbeabmeldung beigefügt)

Absicherung in Sondersystemen (freie Heilfürsorge ...)

von _____ bis _____

Auslandsversicherung in _____

Name der bisherigen Krankenkasse _____

Bei Kündigung der bisherigen Krankenkasse

Ich habe in den letzten 12 Monaten den Wahltarif _____ abgeschlossen

Ich habe einen Wahltarif Krankengeld seit _____

Art des Versicherungsverhältnis

Beschäftigung als Arbeitnehmer(in) / Auszubildende(r) bei Arbeitgeber

Adresse _____

Berufliche Tätigkeit _____

Telefon _____

Beschäftigung über 450 € brutto ? ja nein

Arbeitslosengeld I oder II

Agentur für Arbeit, Jobcenter oder ARGE / Stammnummer bzw. Bedarfsgemeinschaftsnummer _____

Rente(n) aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten)

Rentenart, Rentenversicherungsträger _____

Weitere Angaben

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

Name der Krankenkasse* _____

Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden ja nein

Datum	Unterschrift	Ihr IKK BB-Berater
_____	_____	_____

Ihre persönlichen Daten werden gemäß § 175 Sozialgesetzbuch V zur Ausübung und zur Durchführung Ihrer Mitgliedschaft (§ 284 SGB V) verarbeitet.