

Allgemeine Angaben

Name Vorname	Geburtsdatum
_____	____. ____.
Straße / PLZ und Wohnort	KV-Nummer
_____	_____
Telefonnummer *	E-Mail-Adresse *
_____/_____	_____

Gewünschter Tarif

<input type="checkbox"/>	bis 12.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	150 € Selbstbehalt	100 € Prämie	50 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 20.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	300 € Selbstbehalt	200 € Prämie	100 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 30.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	450 € Selbstbehalt	300 € Prämie	150 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 40.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	600 € Selbstbehalt	400 € Prämie	200 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 50.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	800 € Selbstbehalt	500 € Prämie	300 € Risiko
<input type="checkbox"/>	über 50.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	1.000 € Selbstbehalt	600 € Prämie	400 € Risiko

Allgemeine Bedingungen

Folgende Leistungen haben keinen Einfluss auf den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“:

- Leistungen der primären Prävention (z.B. Gesundheitskurse, Schutzimpfungen)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
- Medizinische Vorsorgeleistungen (Ausnahme: ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten)
- Gesundheitsuntersuchungen
- Kinderuntersuchungen

Der Eintritt in den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ erfolgt grundsätzlich durch schriftliche Erklärung gegenüber der IKK Brandenburg und Berlin (IKK BB) und wirkt frühestens vom Beginn des auf den Eingang der Erklärung bei der IKK BB folgenden Kalendermonats an. Die Bindung an den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ beträgt drei Jahre. Die Mitgliedschaft bei der IKK BB kann während der Tarifbindung nicht gekündigt werden. Grundlage des IKK-Wahltarifs „Selbstbehalt“ ist die Satzung der IKK BB. Die Wahl ist nur Mitgliedern der IKK BB möglich, die ihre Beiträge zumindest teilweise selbst tragen.

Für den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ gilt: Die Prämie und die Kostenbeteiligung für die Inanspruchnahme von Leistungen werden pro Kalenderjahr saldiert, ohne dass das maximale Risiko überschritten werden darf. Das geschieht im Laufe des Folgejahres, sobald der IKK BB alle erforderlichen Daten vorliegen, spätestens zum 31.12. Die Kosten für Arznei-/ Heil-mittel werden dabei pauschaliert in Abhängigkeit von dem gewählten Tarif angesetzt.

Die Tarifwahl erfolgt auf Basis des beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Mitglieds. Das Mitglied erklärt mit der Tarifwahl die Höhe seines beitragspflichtigen Jahreseinkommens wahrheitsgemäß. Sonderkündigungen sind unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Über die finanziellen Vor- und Nachteile der Teilnahme am IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ bin ich ausführlich beraten worden. Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist nach den §§ 53 und 284 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) und laut Satzung der IKK BB zur Umsetzung des gewünschten IKK-Wahltarifs „Selbstbehalt“ erforderlich.

Meine Prämie überweisen Sie bitte auf folgendes Konto:

Name der Bank	IBAN	BIC
_____	_____	_____
Kontoinhaber (falls abweichend)		

Datum	Unterschrift
____. ____.	_____

Teilnahmeantrag

Allgemeine Angaben

Name Vorname	Geburtsdatum
_____	____. ____.
Straße / PLZ und Wohnort	KV-Nummer
_____	_____
Telefonnummer *	E-Mail-Adresse *
_____/_____	_____

Gewünschter Tarif

<input type="checkbox"/>	bis 12.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	150 € Selbstbehalt	100 € Prämie	50 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 20.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	300 € Selbstbehalt	200 € Prämie	100 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 30.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	450 € Selbstbehalt	300 € Prämie	150 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 40.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	600 € Selbstbehalt	400 € Prämie	200 € Risiko
<input type="checkbox"/>	bis 50.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	800 € Selbstbehalt	500 € Prämie	300 € Risiko
<input type="checkbox"/>	über 50.000 € beitragspflichtiges Jahreseinkommen	1.000 € Selbstbehalt	600 € Prämie	400 € Risiko

Allgemeine Bedingungen

Folgende Leistungen haben keinen Einfluss auf den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“:

- Leistungen der primären Prävention (z.B. Gesundheitskurse, Schutzimpfungen)
- Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
- Medizinische Vorsorgeleistungen (Ausnahme: ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten)
- Gesundheitsuntersuchungen
- Kinderuntersuchungen

Der Eintritt in den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ erfolgt grundsätzlich durch schriftliche Erklärung gegenüber der IKK Brandenburg und Berlin (IKK BB) und wirkt frühestens vom Beginn des auf den Eingang der Erklärung bei der IKK BB folgenden Kalendermonats an. Die Bindung an den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ beträgt drei Jahre. Die Mitgliedschaft bei der IKK BB kann während der Tarifbindung nicht gekündigt werden. Grundlage des IKK-Wahltarifs „Selbstbehalt“ ist die Satzung der IKK BB. Die Wahl ist nur Mitgliedern der IKK BB möglich, die ihre Beiträge zumindest teilweise selbst tragen.

Für den IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ gilt: Die Prämie und die Kostenbeteiligung für die Inanspruchnahme von Leistungen werden pro Kalenderjahr saldiert, ohne dass das maximale Risiko überschritten werden darf. Das geschieht im Laufe des Folgejahres, sobald der IKK BB alle erforderlichen Daten vorliegen, spätestens zum 31.12. Die Kosten für Arznei-/ Heilmittel werden dabei pauschaliert in Abhängigkeit von dem gewählten Tarif angesetzt.

Die Tarifwahl erfolgt auf Basis des beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Mitglieds. Das Mitglied erklärt mit der Tarifwahl die Höhe seines beitragspflichtigen Jahreseinkommens wahrheitsgemäß. Sonderkündigungen sind unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Über die finanziellen Vor- und Nachteile der Teilnahme am IKK-Wahltarif „Selbstbehalt“ bin ich ausführlich beraten worden. Die Angabe Ihrer persönlichen Daten ist nach den §§ 53 und 284 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) und laut Satzung der IKK BB zur Umsetzung des gewünschten IKK-Wahltarifs „Selbstbehalt“ erforderlich.

Meine Prämie überweisen Sie bitte auf folgendes Konto:

Name der Bank	IBAN	BIC
_____	_____	_____
Kontoinhaber (falls abweichend)		

Datum	Unterschrift
____. ____.	_____

Durchschrift für den Versicherten