

Mitgliedschaftserklärung



Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der IKK Nord ab (Bitte Datum eintragen)

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 206 und 284 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in Verbindung mit § 21 SGB Zehntes Buch (X) erforderlich. Der Schutz der Sozialdaten nach den Vorschriften des SGB X ist gewährleistet.

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vorname(n)	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Rentenversicherungs-Nummer (falls vorhanden und zur Hand)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	Staatsangehörigkeit	bisherige Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Versichertennummer (falls vorhanden und zur Hand)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Wohnort	Familienversicherung über (Name, Vorname, Geburtsdatum des Mitglieds)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
bisher versichert als:	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherte/r
	<input type="checkbox"/> Familienversicherte/r	

Arbeitnehmer/in – Azubi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name des Arbeitgebers	Arbeitgeberbetriebsnummer (falls bekannt)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon/Ansprechpartner	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Selbstständige/r

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ich bin selbstständig Erwerbstätige/r ab	als

Student/in

<input type="text"/>	<input type="text"/>
an folgender Hoch-/Fachhochschule	voraussichtlich bis

Rentner/in – Rentenantragsteller/in

<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenantrag gestellt	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindungen o.ä.)
---	---	--

Freiwillig Versicherte/r

Ich beantrage die Versicherung als: Beamter Schüler nicht erwerbstätig Arbeitnehmer (Einkommen über der JAE)

Leistungsempfänger/in

<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit (ALG I)	<input type="checkbox"/> ARGE (ALG II)	<input type="text"/>
		Kundennummer der Agentur/ARGE (falls bekannt)
<input type="text"/>		
Ort der Agentur/ARGE		

Ich bin damit einverstanden, dass die IKK Nord mich persönlich, schriftlich, telefonisch, per SMS oder E-Mail betreut und zu ihren Angeboten berät. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der IKK Nord nach §§ 13-15 SGB I bleiben unberührt.

Ort/Datum

Unterschrift (bei Mitgliedern unter 15 Jahren des gesetzlichen Vertreters)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------