

**Teilnahmeerklärung**

**IKK Nord-Wahltarif Krankengeld*plus***

**vom 15. bis zum 42. Tag einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit  
Prämiensatz 1,9 v. H.**

Ja, ich wähle den Tarif Krankengeld zum **01. ....20.....**

Bitte eintragen (der Tarifbeginn muss in der Zukunft liegen). Für Mitglieder die bis 31.07.09 mit dem Wahltarif KG 15, Prämiensatz 3,3 v. H. versichert waren, ist die Wahl rückwirkend ab dem 01.08.09 möglich.

Für die Prämienberechnung erbringen Sie bitte durch geeignete Belege (Lohn/Gehaltsabrechnung, Einkommenssteuerbescheid) den Nachweis Ihrer beitragspflichtigen Einnahmen.

**(Sollten Sie bereits als freiwilliges Mitglied dieser Aufforderung nachgekommen sein, entfällt dieser Nachweis).**

Persönliche Angaben:

_____	_____	_____
Name, Vorname	Telefon	E-Mail
_____	_____	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
_____	_____	
Krankenversicherungsnummer	Geburtsdatum	

Die Prämie soll monatlich von folgendem Konto abgebucht werden:

_____	_____	
Name des Geldinstituts	Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherten)	
_____	_____	_____
Bankleitzahl	Kontonummer	Unterschrift Kontoinhaber

**Die Einzugsermächtigung soll auch für die monatlichen Kranken- und Pflegekassenbeiträge gelten (bitte ankreuzen, falls gewünscht).**

An die Wahl des Tarifs Krankengeld bin ich für drei Jahre ab Beginn der Tarifzugehörigkeit gebunden. Gleichzeitig bleibt meine Mitgliedschaft bei der IKK Nord mindestens für die Dauer von drei Jahren bestehen.

**Ich habe die beigefügten Teilnahmebedingungen der IKK Nord erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich erkenne diese an.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten (oder gesetzlichen Vertreters)

**Datenschutzhinweis**

Wir erheben, verarbeiten und speichern Daten nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches sowie des Datenschutzes. Die Daten werden selbstverständlich geschützt.