

Mitgliedschaftserklärung



IKK Nord

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

bisher versichert als: Mitglied* Freiwillig Versicherte/r Familienversicherte/r

* Eine Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich, weil
 ich bisher im Ausland tätig war. eine Mitgliedschaftsunterbrechung kraft Gesetzes vorliegt (mindestens 1 Tag).

Arbeitnehmer/in – Azubi

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Arbeitgebers	Arbeitgeberbetriebsnummer (falls bekannt)
<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

Ich habe einen Rentenantrag gestellt Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindungen o.ä.)

Freiwillig Versicherte/r

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

Leistungsempfänger/in

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

Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§ 16 Abs. 3a SGB V)

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)



Mitgliedschaftserklärung



IKK Nord

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

bisher versichert als: Mitglied* Freiwillig Versicherte/r Familienversicherte/r

* Eine Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich, weil
 ich bisher im Ausland tätig war. eine Mitgliedschaftsunterbrechung kraft Gesetzes vorliegt (mindestens 1 Tag).

Arbeitnehmer/in – Azubi

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Arbeitgebers	Arbeitgeberbetriebsnummer (falls bekannt)
<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

Ich habe einen Rentenantrag gestellt Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindungen o.ä.)

Freiwillig Versicherte/r

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

Leistungsempfänger/in

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

Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§ 16 Abs. 3a SGB V)

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)



Anleitung

Bitte entlang der gestrichelten Linien ausschneiden.

Falten Sie Ecke **1** in Richtung der unbedruckten Blattseite. Dasselbe mit Ecke **2** und **3**.

Kleben Sie dann Ecke 2 und 3 an Ecke 1 fest (mit Klebeband oder Klebstoff).

Einlegen des Briefes. Ecke **4** falten und zukleben.

