

Ich will Mitglied der IKK Südwest werden:

Ab _____ Zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Persönliche Angaben:

Herr Frau

Name, Vorname		Telefon	
Straße, Hausnummer		Mobiltelefon	
Postleitzahl, Wohnort		E-Mail	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	Geburtsname
Postleitzahl, Studienort		Geburtsort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kinder (Wenn ja, bitte Nachweis beifügen)	
Die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist erfolgt zum:		Rentenversicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> Die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist noch nicht erfolgt.		<input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse ist in der Anlage beifügt.	
<input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.			

Bisheriger Versicherungsschutz:

Vom	bis zum	Krankenkasse	Familienvers.	Freiw. Vers.	Pflichtvers.	Privat vers.
-----	---------	--------------	---------------	--------------	--------------	--------------

Derzeitige/Zukünftige Einnahmen monatlich (brutto) aus: (Bitte Nachweis beifügen)

Art	Selbst. Tätigkeit	Beschäftigung	Rente(n)	Versorgungsbezüge	Sonstige Einnahmen
Selbst					
Ehegatte					

Angaben zum Studium: (Bitte Immatrikulationsbescheinigung mit Anzahl der Fachsemester beifügen)

Ich studiere ab/seit _____ im _____ Fachsemester bis voraussichtlich _____.

Ich arbeite neben dem Studium: Ja Nein Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden.

Selbstständige Tätigkeit: Ja Nein Ich beziehe Leistungen nach dem BaföG: Ja Nein

Ich habe Familienangehörige, die bei der IKK Südwest beitragsfrei mitversichert werden sollen:

Ja (Bitte den Vordruck „IKK-Familienversicherung“ vollständig ausfüllen und unterschreiben) Nein

Die Beiträge:

<input type="checkbox"/>	Sollen abgebucht werden:	Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut
<input type="checkbox"/>	Werden überwiesen von:	Unterschrift des Kontoinhabers (sofern abweichend vom Mitglied)		

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die IKK Südwest mich schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf mein Versicherungsverhältnis bei der IKK Südwest.

Ort, Datum	Unterschrift*
------------	---------------

* Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die IKK der Finanzbehörde die Höhe meiner Beiträge im Sinne des Bürgerentlastungsgesetzes per Datenübertragung mitteilt.