

Ich will Mitglied der IKK Südwest werden: Ab _____ Zum nächstmöglichen Zeitpunkt**Persönliche Angaben:** Herr Frau

| | | | |
|--|---|--|---|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | Geburtsname |
| Straße, Hausnummer | | Geburtsort | |
| Postleitzahl, Wohnort | | Rentenversicherungsnummer | |
| Telefon | | Familienstand | |
| Mobiltelefon | | Bisher versichert bei | Seit |
| E-Mail | | <input type="checkbox"/> Eigene Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Familienversicherung |
| <input type="checkbox"/> Die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist erfolgt zum: _____ | <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse ist in der Anlage beigefügt. | | |
| <input type="checkbox"/> Die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist noch nicht erfolgt. | <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse reiche ich nach. | | |

Ich bin beschäftigt bei:

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Arbeitgeber | | Beruf | |
| Straße, Hausnummer | | Beschäftigt seit | |
| Postleitzahl, Ort | | Telefon/Fax | |

Ich habe Familienangehörige, die bei der IKK Südwest beitragsfrei mitversichert werden sollen: Ja (Bitte den Vordruck „IKK-Familienversicherung“ vollständig ausfüllen und unterschreiben) Nein**Ich beziehe eine gesetzliche Rente bzw. rentenähnliche Einkünfte (z. B. Versorgungsbezüge):** Ja Rentenart(en): _____ Nein
(Wenn mehrere, bitte alle angeben)
Zahlstelle(n): _____ Höhe: _____
(Ggf. getrennt nach Rentenarten brutto mtl.)**Meine Bankverbindung:**

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____ Geldinstitut: _____

 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 |
| Bemerkungen | |