

**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, Mobiltelefon		Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID)			
E-Mail		Ggf. Name und Anschrift des Arbeitgebers			
Familienstand		Kinder (Wenn ja, bitte Nachweis beifügen)		Seit	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist erfolgt zum: _____		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH <input type="checkbox"/> Selbstständig		<input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse ist in der Anlage beifügt. <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.	
<input type="checkbox"/> Die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist noch nicht erfolgt.					

**Bisheriger Versicherungsschutz:**

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

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

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

\* Angaben zum Ehegatten sind nur erforderlich, wenn dieser nicht gesetzlich krankenversichert ist.

**Krankenkasse des Ehegatten:** \_\_\_\_\_

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

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

**Ich wünsche die Krankenversicherung**

Ohne Anspruch auf Krankengeld  Mit Anspruch auf Krankengeld  
 (Bitte bei selbstständiger Tätigkeit die Wahlerklärung Krankengeld vollständig ausfüllen und unterschreiben)

**Die Beiträge:**

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

- 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.
- Ja, ich bin damit einverstanden, dass die IKK Südwest der Finanzbehörde die Höhe meiner Beiträge im Sinne des Bürgerentlastungsgesetzes per Datenübermittlung mitteilt und hierzu bei Bedarf die erforderliche Steuer-ID bei dem Bundeszentralamt für Steuern anfordert.\*\*

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

\*\* Ohne die Einwilligung können die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei der Einkommensteuerberechnung nicht steuermindernd berücksichtigt werden.