

IKK classic

ServiceCenter  
PF 10 02 41  
Kathrin Gimmler  
01072 Dresden

**Anmeldung zur  
freiwilligen Kranken-  
versicherung und  
Pflegeversicherung**

**Hinweis:**  
Die Erhebung der Daten ist nach §§ 9, 206  
SGB V und § 50 SGB XI erforderlich.  
Die Angaben zur Telefon-Nr. sind freiwillig.

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. eintragen

(Eingang bei der Krankenkasse)

**Angaben zur Person:**

Name, Vorname <b>Düsterhöft, Gerhard</b>		Geburtsname	Geburtsdatum <b>20.08.1954</b>	Geburtsort <b>Salzwedel</b>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> männlich
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) <b>Velpker Str. 11, 39646 Oebisfelde</b>				Familienstand <b>verheiratet</b>	Staatsangehörigkeit
Mein Ehegatte ist selbst versichert		<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei (Name und Anschrift der Krankenkasse) <b>BKK Gesundheit Postfach 100154, 72304 Balingen</b>			
Ich habe/hatte Kinder ((leibliche Kinder, Adoptivkinder, Stiefkinder, Pflegekinder)) <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja (bitte Nachweise beifügen)					
Ich bin	<input type="checkbox"/> beschäftigt <input checked="" type="checkbox"/> selbständig	als (Gewerbe/Berufs-zweig) <b>IT-Techniker Einzelunternehmer</b>	Betriebsnummer/Rechtsform	Anzahl der Arbeit-nehmer <b>1</b>	Name/Anschrift des Arbeitgebers (wenn beschäftigt)
seit <b>1.6.2008</b>	<input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Hausfrau	<input type="checkbox"/> Rentner/ Pensionär	<input type="checkbox"/> Student	<input type="checkbox"/> Kind/ Schüler	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe- empfänger

**Grund der freiwilligen Versicherung bei der IKK classic:**

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht		<input checked="" type="checkbox"/> Kassenwechsel	<input type="checkbox"/> Ausscheiden aus der Familienversicherung		
Bisherige Krankenversicherung (in den letzten 5 Jahren mind. 24 Monate oder unmittelbar vorher 12 Monate)		Pflicht- mitglied	Freiwilli- ges Mitglied	Renten- antrag- steller	Familien- versiche- rung*
vom <b>2004</b>	bis <b>31.05.2008</b>	Krankenkasse <b>TAUNUS BKK</b>		<b>X</b>	

\* Angaben zur Familienversicherung (Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten bzw. der Eltern)

**Familienversicherung:**

Ich wünsche eine Familienversicherung für Ehegatten/Kind(er) (falls noch keine Familienversicherung bei der IKK classic besteht)

nein  ja Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Mein Einkommen (brutto) beträgt monatlich aus:**

selbständiger/frei- beruflicher Tätigkeit Euro	einer Beschäftigung Euro	Miete, Pacht Zinsen usw. Euro	gesetzlicher Rente Euro	Versorgungs- bezüge Euro	Sonstige Einnahmen Art Euro	
<b>-500,00€-</b>	-	-	-	-	-	-

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch \_\_\_\_\_ mit monatlich Euro \_\_\_\_\_

**Beitragsentrichtung:**

durch Einzug beim Geldinstitut Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Kto.-Nr. \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers (wenn nicht mit dem Versicherten identisch) \_\_\_\_\_

durch Einzahlung/Überweisung  durch Überweisung Dritter

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und werde Änderungen, insbesondere Einkommensänderungen von mir und den mitversicherten Angehörigen, unverzüglich mitteilen. Die Hinweise zu meiner freiwilligen Versicherung habe ich erhalten.

**01.11.2010**  
Datum

**015253566045**  
Telefon-Nr.

*[Handwritten Signature]*  
Unterschrift

**Bearbeitungsvermerke der Krankenkasse:**

<input type="checkbox"/> FRW nach § 9 Abs. 1 Nr. ___ SGB V	Beginn der Mitgliedschaft (Beitritt)	Beitragsgruppe	Stufe/Klasse	Feststellung (Datum/Unterschrift)
<input type="checkbox"/> FRW = nein, weil _____	KV PV	Beitragsatz	Gesamtbeitrag in Euro	Bearbeitungsvermerk
<input type="checkbox"/> Pflegevers. nach § 20 Abs. 3 SGB XI		Beitrag in Euro		
<input type="checkbox"/> Pflegevers. befreit/Bescheid v. _____ durch _____				