



**Ich erkläre die Mitgliedschaft zur IKK Baden-Württemberg und Hessen zum nächstmöglichen Termin oder ab \_\_\_\_\_**

SI 00100121539

Bitte an die IKK Baden-Württemberg und Hessen schicken oder faxen – Fax- Nummer «BEN\_fax». Vielen Dank!

**Personalien**

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name		Vorname	
<input type="text"/>			
Straße			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postleitzahl	Wohnort		
Wurde bereits eine Versicherungsnummer beim Rentenversicherungsträger beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Versicherungsnummer der Rentenversicherung	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	männlich	weiblich	verheiratet
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Handy	eMail-Anschrift	

**Vorversicherung**

Ich war zuletzt  pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert  privat  im Ausland versichert

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
vom	bis	bei der Name und Ort der bisherigen Krankenkasse

**Mein Versicherungsverhältnis**

Arbeitnehmer/in seit \_\_\_\_\_

<input type="text"/>
Arbeitgeber/Firma
<input type="text"/>
Straße, Hausnummer der Firma
<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort der Firma
<input type="text"/>
Telefonnummer der Firma
<input type="text"/>
berufliche Tätigkeit

Rentner

<input type="text"/>
Rentenart(z. B. Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente ...)
<input type="text"/>
zuständige Rentenversicherung
<input type="checkbox"/> arbeitslos
<input type="text"/>
zuständiges Arbeitsamt, Kundennummer
<input type="checkbox"/> in Ausbildung ab <input type="text"/>

**Meine Familie**

Mein Ehegatte/Lebensgefährte ist selbst Mitglied einer Krankenkasse

Ja, in der   Nein

Persönliche Angaben des Ehegatten/Lebensgefährten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname	Geburtsdatum

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_