

Personal information Persönliche Angaben

I choose to become a member of the IKK classic plan as of
(or the earliest possible start date)

Ich wähle die IKK classic ab (bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

My personal information Meine persönlichen Daten

female weiblich male männlich diverse divers

First Name Vorname

Last Name Name

Street, house number Straße, Hausnummer

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone (during the day)* Telefon (tagsüber)*

E-Mail* E-Mail*

Date of Birth Geburtsdatum

Retirement insurance identification number Rentenversicherungsnummer

Family Status Familienstand

Single ledig Married, since verheiratet, seit

Divorced, since geschieden, seit

Widowed, since verwitwet, seit

In case you do not have a pension insurance number, we need the following information: Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben:

Place of Birth Geburtsort

Birth Name Geburtsname

Nationality Staatsangehörigkeit

My previous insurance coverage Meine bisherige Versicherung

My most recent insurance plan was Ich war zuletzt

Mandatory pflichtversichert A Family Plan familienversichert

Voluntary freiwillig versichert A Private Plan privat versichert

I was without health insurance in the last 18 months in Germany
Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert

from vom to bis
Date Datum Date Datum

with bei der
Name of the Health Insurance Plan Name der Vorversicherung

If you are changing health insurance plans, please attach the cancellation confirmation.
Bei Wechsel der Krankenkasse durch Kündigung bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Data protection notice: The collection of your data serves to implement your health and long term care insurance and is based on §§ 175 and 284 SGB V (Social Security Code) as well as 20 and 94 SGB XI. The obligation to provide information is stipulated by §§ 206 SGB V and 50 SGB XI. Providing data marked with an * is optional; you can object to the future use of these data at any time by contacting IKK classic. These data are not passed on to third parties.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Health insurance number Meine Krankenversicherungsnummer

(see electronic health card, letter + 9 numbers)
(s. Gesundheitskarte, Buchstabe und 9 Ziffern)

Information about the insurance coverage

Angaben zum Versicherungsverhältnis

I am Ich bin

An employee Arbeitnehmer An apprentice Auszubildender

An employee with voluntary insurance freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Self-employed selbstständig

Retired/an applicant for retirement Rentner/Rentenantragssteller

An artist Künstler

A recipient of unemployment benefits of Unemployment Benefits II**
Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II

Seasonal worker, estimated until
Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Other Sonstiges
(e. g. student, intern, rehabilitated individual)
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitand)

Name of the employer/labor agency/job center/municipality

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Street, house number Straße, Hausnummer

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone Telefon

Company number/customer number Betriebs-/Kunden-Nr.

I have the following relationship with the employer

Ich bin mit dem Arbeitgeber

Spouse verheiratet Relative verwandt

I receive a pension from the German Federal Pension Fund and/or a statutory pension from a foreign country**
Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente.**

I receive pension benefits** (e. g. corporate pension/pension)
Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension)

Miscellaneous* Sonstiges*

Yes, I would like to obtain family insurance coverage for family members who are not members of a statutory health insurance plan. Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.

Yes, I am also applying for participation in the IKK Bonus. Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Yes, I would like to receive information on elective premiums. Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.

I consent to my application data being used by IKK classic to contact me by telephone, fax, SMS or e-mail regarding any current offers in the health and insurance sector. I can revoke this consent to IKK classic at any time in the future.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Consultant Berater

Place Ort

Date Datum

Client signature Unterschrift des Kunden

** please add evidence, e. g., notice of granting, pension notification, or hand it in later
Bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen.

Personal information Persönliche Angaben

I choose to become a member of the IKK classic plan as of
(or the earliest possible start date)

Ich wähle die IKK classic ab (bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

My personal information Meine persönlichen Daten

female weiblich male männlich diverse divers

First Name Vorname

Last Name Name

Street, house number Straße, Hausnummer

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone (during the day)* Telefon (tagsüber)*

E-Mail* E-Mail*

Date of Birth Geburtsdatum

Retirement insurance identification number Rentenversicherungsnummer

Family Status Familienstand

Single ledig Married, since verheiratet, seit

Divorced, since geschieden, seit

Widowed, since verwitwet, seit

In case you do not have a pension insurance number, we need the following information: Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben:

Place of Birth Geburtsort

Birth Name Geburtsname

Nationality Staatsangehörigkeit

My previous insurance coverage Meine bisherige Versicherung

My most recent insurance plan was Ich war zuletzt

Mandatory pflichtversichert A Family Plan familienversichert

Voluntary freiwillig versichert A Private Plan privat versichert

I was without health insurance in the last 18 months in Germany
Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert

from vom to bis
Date Datum Date Datum

with bei der
Name of the Health Insurance Plan Name der Vorversicherung

If you are changing health insurance plans, please attach the cancellation confirmation.
Bei Wechsel der Krankenkasse durch Kündigung bitte Kündigungsbestätigung beifügen.

Data protection notice: The collection of your data serves to implement your health and long term care insurance and is based on §§ 175 and 284 SGB V (Social Security Code) as well as 20 and 94 SGB XI. The obligation to provide information is stipulated by §§ 206 SGB V and 50 SGB XI. Providing data marked with an * is optional; you can object to the future use of these data at any time by contacting IKK classic. These data are not passed on to third parties.

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht.

Health insurance number Meine Krankenversicherungsnummer

(see electronic health card, letter + 9 numbers)
(s. Gesundheitskarte, Buchstabe und 9 Ziffern)

Information about the insurance coverage

Angaben zum Versicherungsverhältnis

I am Ich bin

An employee Arbeitnehmer An apprentice Auszubildender

An employee with voluntary insurance freiwillig versicherter Arbeitnehmer

Self-employed selbstständig

Retired/an applicant for retirement Rentner/Rentenanspruchssteller

An artist Künstler

A recipient of unemployment benefits of Unemployment Benefits II**
Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II

Seasonal worker, estimated until
Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Other Sonstiges
(e. g. student, intern, rehabilitated individual)
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitand)

Name of the employer/labor agency/job center/municipality

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Street, house number Straße, Hausnummer

ZIP, City PLZ, Ort

Telephone Telefon

Company number/customer number Betriebs-/Kunden-Nr.

I have the following relationship with the employer

Ich bin mit dem Arbeitgeber

Spouse verheiratet Relative verwandt

I receive a pension from the German Federal Pension Fund and/or a statutory pension from a foreign country**
Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente.**

I receive pension benefits** (e. g. corporate pension/pension)
Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension)

Miscellaneous* Sonstiges*

Yes, I would like to obtain family insurance coverage for family members who are not members of a statutory health insurance plan. Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.

Yes, I am also applying for participation in the IKK Bonus. Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Yes, I would like to receive information on elective premiums. Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.

I consent to my application data being used by IKK classic to contact me by telephone, fax, SMS or e-mail regarding any current offers in the health and insurance sector. I can revoke this consent to IKK classic at any time in the future.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Consultant Berater

Place Ort

Date Datum

Client signature Unterschrift des Kunden

** please add evidence, e. g., notice of granting, pension notification, or hand it in later
Bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen.