

Declaración de afiliado (Mitgliedserklärung)

Datos personales *Persönliche Angaben*

Yo elijo la IKK classic a partir del
Ich wähle die IKK classic ab

(a partir de la fecha más próxima)

Mi número de seguro médico
Krankenversicherungsnummer

(ver tarjeta de seguro, letras + 9 números)

Mis datos personales *Meine persönlichen Daten*

Sexo *Geschlecht* femenino *weiblich* masculino *männlich*

Nombre *Vorname*

Apellido *Name*

Dirección *Straße, Hausnummer*

Código postal, Ciudad *PLZ, Ort*

Teléfono (durante el día)* *Telefon (tagsüber)**

E-Mail* *E-Mail**

Fecha de nacimiento *Geburtsdatum*

Número de seguro de pensiones *Rentenversicherungsnummer*

Estado civil *Familienstand*

soltero/a *ledig* casado/a, desde *verheiratet, seit*

divorciado/a, desde *geschieden, seit* viudo/a, desde *verwitwet, seit*

En caso de que no cuente con un número de seguro de pensión, requerimos los siguientes datos
Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben

Lugar de nacimiento *Geburtsort*

Nombre de nacimiento *Geburtsname*

Nacionalidad *Staatsangehörigkeit*

Datos sobre la relación de seguro *Angaben zum Versicherungsverhältnis*

Yo soy *Ich bin*
 Empleado *Arbeitnehmer* Empleado independientemente asegurado *freiwillig versicherter Arbeitnehmer*

Aprendiz *Auszubildender* Independiente *selbstständig*

Pensionista/Solicitante de pensión *Rentner/Renten Antragsteller* Artista *Künstler*

Perceptor del subsidio de desempleo o subsidio de desempleo II**
*Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II***

Trabajador de temporada, hasta el
Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Otro *Sonstiges*
(p. ej.: estudiantes, practicantes, rehabilitantes)

Nombre empleador/agencia de trabajo/centro de trabajo/comuna
Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Dirección *Straße/Hausnummer*

Código postal/Ciudad *PLZ/Ort*

Teléfono *Telefon*

Número de empresa/afiliado *Betriebs-/Kundennummer*

Estoy con el empleador *Ich bin mit dem Arbeitgeber*

casado/a *verheiratet* relacionado/a *verwandt*

Yo recibo pensión del seguro de pensiones alemán y/o un seguro por ley extranjero**
*Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente***

Yo recibo pensiones** (por ejemplo: pensión de empresa)
*Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z.B. Betriebsrente/Pension)*

Mi agencia de seguros precedente *Meine bisherige Versicherung*

Hasta ahora estuve asegurado por ley *pfllichtversichert* por seguro familiar *familienversichert* independientemente *freiwillig versichert* seguro privado *privat versichert*

En los últimos 18 meses no he tenido seguro médico en Alemania.
Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.

del *vom* (Fecha) hasta *bis* (Fecha) con *bei der* (Nombre de la agencia de seguros)

En caso de cancelación de contrato, adjuntar confirmación de anulación. *Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.*

Otros* *Sonstiges**

Sí, deseo el seguro familiar para familiares que no están afiliados por ley.
Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

Sí, deseo participar en el programa de bonificación de la IKK classic.
Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Sí, deseo recibir información sobre las tarifas disponibles.
Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.

Sí, estoy de acuerdo con que mis datos sean empleados por la IKK classic para contactarme por teléfono, fax, SMS o correo electrónico para informarme sobre ofertas actuales sobre el sector de salud y de seguros. Estoy de acuerdo con el almacenamiento e utilización de mis datos para dicho uso. Esta declaración puedo revocarla en un futuro ante la IKK classic. *Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten genutzt werden, um von der IKK classic telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.*

Asesor *Berater*

Fecha *Datum*

Firma del cliente *Unterschrift des Kunden*

Aviso de Privacidad (Datenschutzhinweis): La recopilación de sus datos personales sirve para tramitar su solicitud y se basa en §175 junto con §284 del Código de Seguridad Social V y en §50 junto con §§93 ss. del Código de Seguridad Social XI. Las informaciones marcadas con * son voluntarias y usted siempre tiene el derecho a objetar el uso de sus datos para su afiliación futura en la IKK classic. No se transmiten los datos a terceras personas.

**por favor adjunte la prueba (p. ej., una decisión de autorización o notificación de pensión) o entréguela más tarde

Declaración de afiliado (Mitgliedserklärung)

Datos personales *Persönliche Angaben*

Yo elijo la IKK classic a partir del
Ich wähle die IKK classic ab

(a partir de la fecha más próxima)

Mi número de seguro médico
Krankenversicherernummer

(ver tarjeta de seguro, letras + 9 números)

Mis datos personales *Meine persönlichen Daten*

Sexo *Geschlecht* femenino *weiblich* masculino *männlich*

Nombre *Vorname*

Apellido *Name*

Dirección *Straße, Hausnummer*

Código postal, Ciudad *PLZ, Ort*

Teléfono (durante el día)* *Telefon (tagsüber)**

E-Mail* *E-Mail**

Fecha de nacimiento *Geburtsdatum*

Número de seguro de pensiones *Rentenversicherungsnummer*

Estado civil *Familienstand*

soltero/a *ledig* casado/a, desde *verheiratet, seit*

divorciado/a, desde *geschieden, seit* viudo/a, desde *verwitwet, seit*

En caso de que no cuente con un número de seguro de pensión, requerimos los siguientes datos
Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben

Lugar de nacimiento *Geburtsort*

Nombre de nacimiento *Geburtsname*

Nacionalidad *Staatsangehörigkeit*

Datos sobre la relación de seguro *Angaben zum Versicherungsverhältnis*

Yo soy *Ich bin*

Empleado *Arbeitnehmer* Empleado independientemente asegurado *freiwillig versicherter Arbeitnehmer*

Aprendiz *Auszubildender* Independiente *selbstständig*

Pensionista/Solicitante de pensión *Rentner/Renten Antragsteller* Artista *Künstler*

Perceptor del subsidio de desempleo o subsidio de desempleo II**
*Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II***

Trabajador de temporada, hasta el
Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Otro *Sonstiges*
(p. ej.: estudiantes, practicantes, rehabilitantes)

Nombre empleador/agencia de trabajo/centro de trabajo/comuna
Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Dirección *Straße/Hausnummer*

Código postal/Ciudad *PLZ/Ort*

Teléfono *Telefon*

Número de empresa/afiliado *Betriebs-/Kundennummer*

Estoy con el empleador
Ich bin mit dem Arbeitgeber

casado/a *verheiratet* relacionado/a *verwandt*

Yo recibo pensión del seguro de pensiones alemán y/o un seguro por ley extranjero**
*Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente***

Yo recibo pensiones** (por ejemplo: pensión de empresa)
*Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z.B. Betriebsrente/Pension)*

Mi agencia de seguros precedente *Meine bisherige Versicherung*

Hasta ahora estuve asegurado por ley *pflichtversichert* por seguro familiar *familienversichert* independientemente *freiwillig versichert* seguro privado *privat versichert*

En los últimos 18 meses no he tenido seguro médico en Alemania.
Ich war in den letzten 18 Monaten nicht in Deutschland krankenversichert.

del *vom* (Fecha) hasta *bis* (Fecha) con *bei der* (Nombre de la agencia de seguros)

En caso de cancelación de contrato, adjuntar confirmación de anulación. *Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.*

Otros* *Sonstiges**

Sí, deseo el seguro familiar para familiares que no están afiliados por ley.
Ja, ich wünsche die Familienversicherung von Angehörigen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

Sí, deseo participar en el programa de bonificación de la IKK classic.
Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Sí, deseo recibir información sobre las tarifas disponibles.
Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.

Sí, estoy de acuerdo con que mis datos sean empleados por la IKK classic para contactarme por teléfono, fax, SMS o correo electrónico para informarme sobre ofertas actuales sobre el sector de salud y de seguros. Estoy de acuerdo con el almacenamiento e utilización de mis datos para dicho uso. Esta declaración puedo revocarla en un futuro ante la IKK classic. *Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten genutzt werden, um von der IKK classic telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.*

Asesor *Berater*

Fecha *Datum*

Firma del cliente *Unterschrift des Kunden*

Aviso de Privacidad (Datenschutzhinweis): La recopilación de sus datos personales sirve para tramitar su solicitud y se basa en §175 junto con §284 del Código de Seguridad Social V y en §50 junto con §§93 ss. del Código de Seguridad Social XI. Las informaciones marcadas con * son voluntarias y usted siempre tiene el derecho a objetar el uso de sus datos para su afiliación futura en la IKK classic. No se transmiten los datos a terceras personas.

**por favor adjunte la prueba (p. ej., una decisión de autorización o notificación de pensión) o entréguela más tarde

