



Persönliche Angaben

☐ Arbeitnehmer/in	☐ Student/in, Praktikant/in
☐ Freiwillig Versicherte/r	☐ Rentner/in
☐ Auszubildende/r, FSJler/in (freiwillig soziales Jahr)	☐ Bezieher/in von ALG oder GSG (Grundsicherungsgeld)

Name	Beginn der Mitgliedschaft
Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort Geburtsland
Straße, Hausnummer	Geschlecht
Postleitzahl, Ort	Staatsangehörigkeit
Telefon/Mobiltelefon (freiwillige Angabe)	Krankenversicherungsnummer Rentenversicherungsnummer
eMail (freiwillige Angabe)	Familienstand

Ich wünsche eine Familienversicherung

Ich habe Familienangehörige, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind und bei der IKK gesund plus familienversichert werden sollen.

- ☐ Ich wünsche eine Familienversicherung (Bitte füllen Sie auch den Antrag auf Familienversicherung aus.)
- ☐ Ich habe keine Familienangehörigen
- ☐ Ich wünsche keine Familienversicherung

Mein Lichtbild für die Gesundheitskarte

Wir möchten Ihnen Ihre elektronische Gesundheitskarte so schnell wie möglich zusenden. Darum bitten wir Sie, uns zusammen mit Ihrem Mitgliedsantrag ein entsprechendes Lichtbild zur Verfügung zu stellen. **Wichtig:** Für alle Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres ist ein aktuelles farbiges Lichtbild gesetzlich vorgeschrieben.

Mein Bild

- ☐ sende ich Ihnen online zu:
- ☐ liegt Ihnen bereits vor.
- ☐ reiche ich umgehend nach.



Online-Lichtbildservice
www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder



Ich möchte am Bonusprogramm teilnehmen

- ☐ Bitte senden Sie mir das entsprechende Bonusheft des Bonusprogramms Aktiv gesund plus zu! (Bitte füllen Sie auch den Antrag zum Bonusprogramm aus.)

Datenschutzhinweis:

Die **Erhebung der Daten** ist zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben notwendig und zulässig. Die gesetzlichen Grundlagen dafür sind § 10, § 206 und § 284 SGB V sowie §§ 50 und 94 SGB XI.

Für die **Erstellung der Gesundheitskarte** (eGK) mit Bild ist es erforderlich, dass der beauftragte Dienstleister Ihr Foto als digitales Bild speichert. Er ist verpflichtet, das digitalisierte Bild geschützt aufzubewahren. Das Foto selbst wird nach Fertigstellen der Gesundheitskarte mit Bild datenschutzgerecht vernichtet. Die Speicherung ist aufgrund des technischen Verfahrens notwendig. Die Aufbewahrung der Bilddaten ermöglicht es Ihnen, z. B. bei Verlust der Karte, ohne großen Aufwand eine neue Karte anzufordern. Falls Sie eine Löschung Ihrer Daten vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist wünschen, setzen Sie sich einfach mit uns in Verbindung. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: **www.ikk-gesundplus.de/dsgvo**

Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.



Versicherungsangaben

Ich bin beschäftigt seit/ beziehe Sozialleistungen ab:

Name, Anschrift, Telefon des Arbeitgebers/zuständigen Leistungsträgers

☐ Ich beziehe Arbeitslosengeld I.
(Bitte Kopie des aktuellen Bescheides beifügen.)

☐ Ich beziehe Grundsicherungsgeld.
(Bitte Kopie des aktuellen Bescheides beifügen.)

☐ Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder am
Unternehmen beteiligt*. (Bitte unzutreffendes streichen.)
Verwandschaftsverhältnis

☐ Ich bin selbstständig oder ich habe Einkünfte aus
einer selbstständigen Tätigkeit. (Bitte Nachweis
erbringen.)

Meine bisherige Versicherung

☐ Ich war zuletzt in einer gesetzlichen Krankenkasse
versichert.*

* Name der Krankenkasse

☐ Ich war bisher privat bzw. anderweitig krankenversichert.*
(Bitte Kopie des Nachweises beifügen.)

* von - bis (Monat/Jahr)

☐ Ich habe bisher im Ausland gelebt.*

* Bitte das Land angeben

☐ Ich war vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse.**

** Name der Krankenkasse

** Name, Vorname der/des Hauptversicherten

** Geburtsdatum der/des Hauptversicherten

** familienversichert von - bis (Monat/Jahr)

Ich beziehe eine Rente

☐ Ich beziehe eine deutsche oder ausländische Rente
bzw. eine Betriebsrente und/oder rentenähnliche
Einnahmen wie z.B. Versorgungsbezüge. (Bitte Kopie
des Bescheides bzw. der letzten Anpassung beifügen.)

Rentenart

Zahlstelle

Speichern und Verwenden von Daten zu Werbezwecken

☐ Ich bin damit einverstanden, von der IKK gesund plus und den von ihr beauftragten Dienstleistern telefonisch
über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich informiert zu werden. Der Speicherung
und Verwendung meiner persönlichen Daten zu diesem Zweck stimme ich hiermit zu. Diese Einwilligung
kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum, Unterschrift des Mitglieds



Mitglieder werben Mitglieder (MWM)

Neues Mitglied der IKK gesund plus

Name, Vorname

Postleitzahl, Ort

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Name der gesetzlichen Krankenversicherung

Ich habe ein neues Mitglied für die IKK gesund plus geworben (Werber).

Name, Vorname

Postleitzahl, Ort

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Name der gesetzlichen Krankenversicherung

Telefonnummer

Bankverbindung zur Überweisung der 30 Euro* (Werber)

Kontoinhaber (falls abweichend)

BIC

Name des Geldinstituts

IBAN

* Eine rückwirkende Teilnahme an dieser Aktion ist ausgeschlossen.

Datum, Unterschrift des Werbers

Datenschutzhinweis: Die IKK gesund plus verarbeitet Ihre Daten, um die Empfehlung zu bearbeiten und die Auszahlung der Prämie zu gewährleisten. Die Angabe der personenbezogenen Daten sowie die Einwilligung zur Verarbeitung ist freiwillig. Die Einwilligung zur Datenverarbeitung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos bei der IKK gesund plus widerrufen werden. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: **www.ikk-gesundplus.de/dsgvo** Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.