



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkaserneninfo.de](http://www.krankenkaserneninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Berlin oder Brandenburg wohnen oder arbeiten, können Sie in die **IKK BB** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkaserneninfo.de](mailto:info@krankenkaserneninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **IKK BB** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **IKK BB** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **IKK BB** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **IKK BB** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

## Persönliche Angaben

Ich werde Mitglied bei der IKK BB ab \_\_\_\_\_.  
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

## Meine persönlichen Daten

weiblich  männlich  divers  unbestimmt

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße + Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Telefon \* \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

RV-Nummer \_\_\_\_\_

Steuerident-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## Familienstand

ledig

verheiratet seit \_\_\_\_\_

geschieden seit \_\_\_\_\_

## Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt

pflichtversichert  familienversichert

freiwillig versichert  privat versichert

Im Ausland versichert  Absicherung in Sondersystemen (freie Heilfürsorge, ...)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_  
(Name der Vorversicherung)

## Grund meines Wechsels

Kündigung der bisherigen Krankenkasse zum Ende des übernächsten Monats

Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Renteneintritt / Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin ab / seit \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer  Auszubildender

freiwillig versicherter Arbeitnehmer  selbstständig

Rentner / Rentenantragsteller  Künstler

Bezieher von Arbeitslosengeld oder  Bürgergeld

Stamm- / Bedarfsgemeinschaftsnummer \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_  
(Student, Praktikant, Rehabilitand, ...)

## Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

\_\_\_\_\_

Straße + Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente.

Rentenart, Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_

## Sonstiges

Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden.

\* Ich bin einverstanden, dass die IKK BB mich telefonisch oder per E-Mail zu ihren Angeboten informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich, telefonisch oder per E-Mail an [service@ikkbb.de](mailto:service@ikkbb.de) widerrufen.

\*Ja, ich möchte den IKK BB-Newsletter erhalten (E-Mail-Adresse laut Allgemeinen Angaben). Diese Einwilligung kann ich jederzeit über den Newsletter-Abmeldelink widerrufen.

\* Name, Vorname und Geburtsdatum Ehepartner(in) / Lebenspartner(in)

\* Name der Krankenkasse des Partners

**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 BB widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.ikkbb.de/datenschutz](http://www.ikkbb.de/datenschutz)

IKK BB-Berater

Name Vermittler

Datum

Unterschrift des Kunden

VN 1301

[krankenasseninfo.de](http://krankenasseninfo.de)

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice IKK Brandenburg und Berlin  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

