



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
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **IKK classic** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkasseninfo.de).

Die **IKK classic** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast, wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Persönliche Angaben

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

Meine persönlichen Daten

weiblich männlich divers unbestimmt

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber)*

E-Mail*

Geburtsdatum

Rentenversicherungsnummer

Geburtsname

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Familienstand

ledig verheiratet, seit

geschieden, seit verwitwet, seit

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt

pflichtversichert familienversichert

freiwillig versichert privat versichert

im Ausland versichert

vom bis

bei der
(Name der Vorversicherung)

Grund meines Wechsels:

- Kündigung der bisherigen Krankenkasse
 Änderungen in meinem Versicherungsverhältnis

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin ab/seit

Arbeitnehmer Auszubildender

freiwillig versicherter Arbeitnehmer selbstständig

Rentner/Rentenantragssteller Künstler

Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II

Saisonarbeiter, voraussichtlich bis

Sonstiges
(z.B. 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.**

Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z.B. Betriebsrente/Pension) und/oder mir wurden einmalige Kapitalleistungen in den letzten 10 Jahren ausgezahlt.

Sonstiges*

Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.

Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.

Ja, ich wünsche Informationen zu den IKK Spartarifen.

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.

Mit Unterschrift dieser Mitgliedserklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei Zustandekommen der beantragten Mitgliedschaft, zum Zwecke der Abrechnung und Zahlung einer Aufwandsentschädigung an und den Vermittler, durch die IKK classic folgende Daten an den Vermittler übermittelt werden: Vor- und Zuname, Geburtsdatum. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

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. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

| Vermittlernummer | Vermittler | Unterschrift | Datum | Unterschrift des Kunden |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

** Bitte Nachweis, z.B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice IKK classic
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.

