



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.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 kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **IKK BB** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Berlin oder Brandenburg wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. 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@kranken Kassennetz.de).

Die **IKK BB** 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 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 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

IKK BB-Berater

Name Vermittler

Datum

Unterschrift des Kunden

VN 1301

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.

