



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

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **IKK - Die Innovationskasse** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

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

Die **IKK - Die Innovationskasse** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Persönliche Angaben

Ich möchte zur IKK - Die Innovationskasse ab _____

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Familienstand ledig verheiratet geschieden

verwitwet Eingetragene Lebenspartnerschaft

E-Mail*

Telefon*

Rentenversicherungsnummer noch keine vorhanden

Versichertennummer

Steueridentifikationsnummer

Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin

Arbeitnehmer/in Auszubildende/r Student/in

Rentner/Antragsteller Selbständige/r Freiwillig Versicherte/r

Leistungsempfänger/in von Arbeitslosengeld

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon/Ansprechpartner*

Arbeitgeberbetriebsnummer/Kundennummer Arbeitsagentur

beschäftigt/arbeitslos seit

mtl. Bruttoentgelt (EUR)

selbständig Erwerbstätige/r ab

als

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Ich bin an der Firma/Gesellschaft beteiligt.

Art der Beteiligung: _____

Ich habe eine weitere Beschäftigung _____

Ich habe einen Rentenantrag gestellt.

Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.**

Ich erhalte Versorgungsbezüge** (Betriebsrente/Pension/Kapitalabfindung).

IKK - Die Innovationskasse, 19102 Schwerin

*Diese Angaben sind freiwillig.

**Bitte Nachweis, z. B. Leistungs-, Renten- oder Steuerbescheid bzw. Versicherungsnachweis beifügen oder nachreichen.

Angaben zur Vorversicherung

Ich war zuletzt

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert

freiwillig versichert privat versichert im Ausland versichert

in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert

von

bis

Name der Vorversicherung

Zuzug aus dem Ausland am _____

Zum Mitgliedschaftsbeginn findet ein Statuswechsel statt

(z. B. Arbeitgeberwechsel, Beginn Arbeitslosigkeit/Rente) ja nein

Angaben bei Studenten Ich studiere ab _____

Hochschule/Fachschule (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Ich beantrage mtl. Beitragszahlung (Einzugsermächtigung erforderlich).

Weitere Angaben

Ich habe

Familienangehörige und möchte sie kostenfrei mitversichern.

Kinder (Angabe für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung).

anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung mit ein.

Ich bin von der Pflegeversicherung befreit (bitte Nachweis beifügen).

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die IKK - Die Innovationskasse mich persönlich, schriftlich, telefonisch, per SMS oder E-Mail betreut und zu ihren Angeboten berät. Der Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten zu diesem Zwecke stimme ich hiermit zu. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflichten der IKK nach §§ 13-15 SGB I bleiben unberührt.

Datenschutzhinweis

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 206 und 284 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und § 94 SGB Elftes Buch (SGB XI) Pflegeversicherung in Verbindung mit § 21 SGB Zehntes Buch (SGB X) zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Der Schutz der Sozialdaten nach den Vorschriften des SGB X sowie der DS-GVO (Datenschutzgrundverordnung) ist gewährleistet. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.die-ikk.de/datenschutz.

Ort/Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Daten des Vertriebspartners

Vertriebspartner **krankenkassennetz.de GmbH**

PLZ, Standort **06108 Halle/S., Waisenhausring 6**

VP-Nr. **026231026571** ext. VK _____

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die IKK den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragservice IKK - Die Innovationskasse
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.

