



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

Ich werde Mitglied bei der IKK BB ab _____ bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug / Renteneintritt

Bitte kündigen Sie bei meiner bisherigen gesetzlichen Krankenkasse zum Ende des übernächsten Monats.

Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
_____	_____	_____
Straße Hausnummer	Steueridentifikationsnummer	Rentenversicherungsnummer
_____	_____	_____
Postleitzahl Ort	Telefon*	Geburtsname
_____	_____	_____
E-Mail-Adresse*	Geburtsort	Geburtsland
_____	_____	_____
Geschlecht	Familienstand	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	

Vorversicherung

Pflichtversicherung Freiwillige Versicherung Familienversicherung private Versicherung (Gewerbeabmeldung beigefügt)

Absicherung in Sondersystemen (freie Heilfürsorge ...)

von _____ bis _____

Auslandsversicherung in _____

Name der bisherigen Krankenkasse _____

Bei Kündigung der bisherigen Krankenkasse

Ich habe in den letzten 12 Monaten den Wahltarif _____ abgeschlossen

Ich habe einen Wahltarif Krankengeld seit _____

Art des Versicherungsverhältnis

Beschäftigung als Arbeitnehmer(in) / Auszubildende(r) bei Arbeitgeber

Adresse _____

Berufliche Tätigkeit _____

Telefon _____

Beschäftigung über 450 € brutto ? ja nein

Arbeitslosengeld I oder II

Agentur für Arbeit, Jobcenter oder ARGE / Stammnummer bzw. Bedarfsgemeinschaftsnummer _____

Rente(n) aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten)

Rentenart, Rentenversicherungsträger _____

Weitere Angaben

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

Name der Krankenkasse* _____

Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden ja nein

Datum	Unterschrift	Ihr IKK BB-Berater
_____	_____	_____

Ihre persönlichen Daten werden gemäß § 175 Sozialgesetzbuch V zur Ausübung und zur Durchführung Ihrer Mitgliedschaft (§ 284 SGB V) verarbeitet.

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.

