



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

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontakt Daten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://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](mailto: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

**JA**, ich werde Mitglied bei der IKK Brandenburg und Berlin **zum** \_\_\_\_\_ / nächstmöglichen Termin.

## Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	geboren am	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Steuer-Identifikationsnummer	Rentenversicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	Telefon*	Mobiltelefon*
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	E-Mail-Adresse*	

## Vorversicherung

Ich war zuletzt  pflichtversichert  familienversichert  freiwillig versichert  privat versichert, Gewerbeabmeldung beigelegt  
vom  .  .  bis  .  .  bei der \_\_\_\_\_  
Name und Ort d. bisherigen Krankenkasse

nicht krankenversichert  im Ausland krankenversichert →  privat versichert  gesetzlich versichert  
vom  .  .  bis  .  .

## Versicherungsverhältnis

### Arbeitnehmer/-in

Arbeitgeber / Firma

Straße, Hausnummer der Firma

Postleitzahl, Ort der Firma

Telefonnummer der Firma

Betriebsnummer (soweit vorhanden)

berufliche Tätigkeit

### Renten und Versorgungsbezüge

Ich habe einen Rentenanspruch gestellt am .....

Ich beziehe Rente(n) der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten)

Rentenart, Rentenversicherungsträger

Aktenzeichen, Zahlstelle

Ich beziehe weitere Renten/Versorgungsbezüge

Aktenzeichen, Zahlstelle

Ich erhielt nach dem 31.12.2003 Versorgungsbezüge als einmalige Kapitalabfindung.

**Beschäftigung über 450 Euro brutto ?**  ja  nein

**Arbeitslosengeld**  I oder  II \_\_\_\_\_  
Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter oder ARGE / Stammnummer bzw. Bedarfsgemeinschaftsnummer

## Weitere Angaben

Mein Ehepartner/Lebensgefährte Name, Vorname\* Geburtsdatum\* ist versichert bei (Name der Krankenkasse)\*

Ich habe familienversicherte Kinder  ja  nein

Diese Wahlerklärung gilt auch für alle zukünftigen versicherungspflichtigen Tatbestände, auch wenn vorübergehend (längstens bis zu 18 Monaten) die Mitgliedschaft unterbrochen wird. Ich habe die Möglichkeit diese Mitgliedschaftserklärung zur IKK mit dauerhafter Wirkung für die Zukunft jeder Zeit zu widerrufen bzw. von meinem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen.

ja  nein

Ihr Kontakt für mehr Informationen:  
Kostenfreies Servicetelefon  
**0800 88 33 244**

Vermittler: [www.krankenkassennetz.de](http://www.krankenkassennetz.de)

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

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

