



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Berlin oder Brandenburg wohnen, können Sie in die **IKK BB** eintreten. Um Mitglied in der **IKK BB** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **IKK BB** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **IKK BB** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **IKK BB** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **IKK BB** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

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.

