



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](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 - Die Innovationskasse** ist für dich unkompliziert möglich. 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 - Die Innovationskasse** 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 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](http://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.**

