



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkaserneninfo.de](http://www.krankenkaserneninfo.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. Um nun Mitglied in der **IKK - Die Innovationskasse** 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@krankenkaserneninfo.de](mailto:info@krankenkaserneninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



Von der **IKK - Die Innovationskasse** 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 - Die Innovationskasse** wählen.

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

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-ik.de/datenschutz](http://www.die-ik.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.**

