



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **IKK Nord** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **IKK Nord** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **IKK Nord** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **IKK Nord** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Persönliche Angaben

Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der IKK Nord werden.

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 ALG I** ALG II**
 Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Hochschule/Fachschule _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____ Telefon/Ansprechpartner _____

Arbeitgeberbetriebsnummer/Kundenummer der Agentur/ARGE _____

beschäftigt seit/studiere vsl. bis _____ 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).
 Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§ 16 Abs. 3a SGB V).

*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 _____

Kündigungsbestätigung liegt vor

Kündigung ist nicht erforderlich, weil

ich im Ausland tätig war.

eine Mitgliedschaftsunterbrechung kraft Gesetzes vorliegt (mind. 1 Tag).

eine erneute Versicherungspflicht vorliegt (Mindestbindungsfrist erfüllt).

Angaben bei Studenten

Ich studiere im __ Fachsemester Bachelor Master

Studiengang (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) _____

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung
(Einzugsermächtigung erforderlich).

Weitere Angaben

Ich habe

Familienangehörige und möchte sie kostenfrei mitversichern
(bitte Antrag auf Familienversicherung beifügen).

Kinder (Angabe für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung).

anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt,
einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der IKK Nord mit ein.

Ich bin von der Pflegeversicherung befreit (bitte Nachweis beifügen).

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die IKK Nord 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 Nord nach
§§ 13–15 SGB I bleiben unberührt.

Datenschutzhinweis

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 206 und 284
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) 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.ikk-nord.de/datenschutz.

Ort/Datum _____ Unterschrift (bei Mitgliedern unter
15 Jahren des gesetzlichen Vertreters)

IKK Nord
19102 Schwerin

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice IKK Nord
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.

