



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.krankenkasseninfo.de](http://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

# Mitgliedschaftserklärung



Ja, ich wähle die Mitgliedschaft in der IKK Nord ab  (Bitte Datum eintragen)

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund der §§ 206 und 284 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in Verbindung mit § 21 SGB Zehntes Buch (X) erforderlich. Der Schutz der Sozialdaten nach den Vorschriften des SGB X ist gewährleistet.

<input type="text"/> Name	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<input type="text"/> Vorname(n)	<input type="text"/> Telefon
<input type="text"/> Geburtsname	<input type="text"/> E-Mail
<input type="text"/> Geburtsdatum	<input type="text"/> Rentenversicherungs-Nummer (falls vorhanden und zur Hand)
<input type="text"/> Geburtsort	<input type="text"/> bisherige Krankenkasse
<input type="text"/> Familienstand	<input type="text"/> Versichertennummer (falls vorhanden und zur Hand)
<input type="text"/> Staatsangehörigkeit	<input type="text"/> Familienversicherung über (Name, Vorname, Geburtsdatum des Mitglieds)
<input type="text"/> Straße, Hausnummer	
<input type="text"/> PLZ, Wohnort	
bisher versichert als: <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherte/r	<input type="checkbox"/> Familienversicherte/r

## Arbeitnehmer/in – Azubi

<input type="text"/> Name des Arbeitgebers	<input type="text"/> Arbeitgeberbetriebsnummer (falls bekannt)
<input type="text"/> Telefon/Ansprechpartner	<input type="text"/> Straße, Hausnummer
	<input type="text"/> PLZ, Ort

## Selbstständige/r

<input type="text"/> Ich bin selbstständig Erwerbstätige/r ab	<input type="text"/> als
--	-----------------------------

## Student/in

<input type="text"/> an folgender Hoch-/Fachhochschule	<input type="text"/> voraussichtlich bis
---	---

## Rentner/in – Rentenantragsteller/in

<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension, Kapitalabfindungen o.ä.)
---	---	--

## Freiwillig Versicherte/r

Ich beantrage die Versicherung als:  Beamter  Schüler  nicht erwerbstätig  Arbeitnehmer (Einkommen über der JAE)

## Leistungsempfänger/in

<input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit (ALG I)	<input type="checkbox"/> ARGE (ALG II)	<input type="text"/> Kundennummer der Agentur/ARGE (falls bekannt)
<input type="text"/> Ort der Agentur/ARGE		

Ich bin damit einverstanden, dass die IKK Nord mich persönlich, schriftlich, telefonisch, per SMS oder E-Mail betreut und zu ihren Angeboten berät. 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.

Ort/Datum

Unterschrift (bei Mitgliedern unter 15 Jahren des gesetzlichen Vertreters)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.**

