

## Mitglied werden bei der IKK Brandenburg und Berlin

### In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
  - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://wiwo.kassensuche.de/antrag/142>
  - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
  - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
  - per Post: Bitte schicken an

**Kassensuche GmbH**  
Zentraler Antragservice  
Vilbeler Landstraße 186  
60388 Frankfurt

- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

**Hinweise:** Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.  
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.  
Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

**JA**, ich werde Mitglied bei der IKK Brandenburg und Berlin zum \_\_\_\_\_/ nächstmöglichen Termin.

**Persönliche Daten**

|                                   |                                |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Name, Vorname                     | Geburtsdatum                   | Geburtsort                           |
| _____                             | _____                          | _____                                |
| Straße Hausnummer                 | Steueridentifikationsnummer    | Rentenversicherungsnummer            |
| _____                             | _____                          | _____                                |
| Postleitzahl Ort                  | Telefon*                       |                                      |
| _____                             | _____                          |                                      |
| E-Mail-Adresse*                   |                                |                                      |
| _____                             |                                |                                      |
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet |
| <input type="checkbox"/> weiblich |                                | <input type="checkbox"/> verwitwet   |

**Vorversicherung**

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung          | <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung         | <input type="checkbox"/> Familienversicherung | <input type="checkbox"/> private Versicherung<br>(Gewerbeabmeldung beigelegt) |
| <input type="checkbox"/> private Auslandsversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzliche Auslandsversicherung |   |   |
| <input type="checkbox"/> keine Krankenversicherung    |   |   |   |
| von: _____  | bis: _____  | Name der bisherigen Krankenkasse              |   |

**Art des Versicherungsverhältniss**

|  |  |
|--|--|
| Arbeitgeber  | Adresse  |
| _____  | _____  |
| Berufliche Tätigkeit   | Telefon  |
| _____  | _____  |
| Beschäftigung über 450 Euro brutto ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |
| Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> I oder <input type="checkbox"/> II                   | Agentur für Arbeit, Jobcenter oder ARGE / Stammmnummer bzw. Bedarfsgemeinschaftsnummer |
| _____  | _____  |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenantrag gestellt  | Datum der Rentenantragstellung |
|  | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente(n) der gesetzlichen Rentenversicherung (auch ausländische Renten) |                                |
| Rentenart, Rentenversicherungsträger   | Aktenzeichen                   |
| _____  | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Ich beziehe weitere Renten / Versorgungsbezüge                                      | Aktenzeichen                   |
|  | _____                          |
| <input type="checkbox"/> Ich erhielt nach dem 31.12.2003 Versorgungsbezüge als einmalige Kapitalabfindung    | Zahlstelle                     |
|  | _____                          |

**Weitere Angaben**

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ehepartner/Lebenspartner Name, Vorname*   | Geburtsdatum*               | Name der Krankenkasse*        |
| _____   | _____                       | _____                         |
| Ich habe familienversicherte Kinder   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diese Wahlerklärung gilt auch für alle zukünftigen versicherungspflichtigen Tatbestände, auch wenn vorübergehend (längstens bis zu 18 Monaten) die Mitgliedschaft unterbrochen wird. Ich habe die Möglichkeit diese Mitgliedschaftserklärung zur IKK mit dauerhafter Wirkung für die Zukunft jeder Zeit zu widerrufen bzw. von meinem Kündigungsrecht Gebrauch zu machen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| Datum   | Unterschrift | Ihr IKK BB-Berater                        |
| _____   | _____        | Christiane Halbas<br>Telefon 0171 3383597 |
| Ihre persönlichen Daten werden gemäß § 175 Sozialgesetzbuch V zur Ausübung und zur Durchführung Ihrer Mitgliedschaft (§ 284 SGB V) verarbeitet.<br>* Diese Angaben sind freiwillig. |              | Vermittler: gesetzlichekrankenkassen.de   |

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:  
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung  
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.  
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich  
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift