

## Mitglied werden bei der IKK - Die Innovationskasse

### Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

#### Schritt 1 von 2:

##### **Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben**

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://www.zusatzbeitrag2023.de/antrag/141>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an [antrag@kassensuche.de](mailto:antrag@kassensuche.de) mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

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

#### Schritt 2 von 2:

##### **Arbeitgeber informieren**

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

### **Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.**

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

**Hinweise:** Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

**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)

## 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 \_\_\_\_\_

PLZ, Standort \_\_\_\_\_

VP-Nr. \_\_\_\_\_ ext. VK \_\_\_\_\_

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass die IKK den Vertriebspartner zu Abrechnungszwecken über eine zu Stande gekommene Mitgliedschaft informiert.

# Wechselmitteilung an Arbeitgeber

**An:**

**Absender:**

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

## **Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift