

## Mitglied werden bei der IKK Brandenburg und Berlin

### 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/142>
- 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 werde Mitglied bei der IKK BB ab \_\_\_\_\_.  
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

## Meine persönlichen Daten

weiblich  männlich  divers  unbestimmt

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße + Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Telefon \* \_\_\_\_\_

E-Mail \* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

RV-Nummer \_\_\_\_\_

Steuerident-Nummer \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsland \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## Familienstand

ledig

verheiratet seit \_\_\_\_\_

geschieden seit \_\_\_\_\_

## Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt

pflichtversichert  familienversichert

freiwillig versichert  privat versichert

Im Ausland versichert  Absicherung in  
Sondersystemen  
(freie Heilfürsorge, ...)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_  
(Name der Vorversicherung)

## Grund meines Wechsels

Kündigung der bisherigen Krankenkasse zum Ende des über-  
nächsten Monats

Sofortige Wahl bei Arbeitgeberwechsel / Renteneintritt /  
Beschäftigungsaufnahme / Arbeitslosengeldbezug

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin ab / seit \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer  Auszubilden-  
der

freiwillig versicherter Arbeitnehmer  selbstständig

Rentner / Rentenantragsteller  Künstler

Bezieher von Arbeitslosengeld I  oder II

Stamm- / Bedarfsgemeinschafts-  
nummer \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_  
(Student, Praktikant, Rehabilitand, ...)

## Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

\_\_\_\_\_

Straße + Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ + Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung  
und/oder eine ausländische gesetzliche Rente.

Rentenart, Rentenversicherungsträger  
\_\_\_\_\_

## Sonstiges

Meine Kinder sollen bei der IKK BB familienversichert werden.

\* Ich bin einverstanden, dass die IKK BB mich telefonisch oder per  
E-Mail zu ihren Angeboten informiert. Diese Einwilligung kann ich jeder-  
zeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich, telefonisch oder per E-Mail  
an service@ikkbb.de widerrufen.

\*Ja, ich möchte den IKK BB-Newsletter erhalten (E-Mail-Adresse  
laut Allgemeinen Angaben). Diese Einwilligung kann ich jederzeit über  
den Newsletter-Abmeldelink widerrufen.

\* Name, Vorname und Geburtsdatum Ehepartner(in) / Lebenspartner(in)

\* Name der Krankenkasse des Partners

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung Ihrer Daten dient der Durchführung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung und beruht auf den §§ 175 und 284 SGB V sowie 20 und 94 SGB XI. Die Verpflichtung zur Auskunft ergibt sich aus den §§ 206 SGB V und 50 SGB XI. Die Angabe der mit \* gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK BB widersprechen. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter [www.ikkbb.de/datenschutz](http://www.ikkbb.de/datenschutz)

IKK BB-Berater	Vermittlernummer	Datum	Unterschrift des Kunden
_____	_____	_____	_____

# 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