

Mitglied werden bei der IKK Nord

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://handelsblatt.kassensuche.de/antrag/141>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an 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

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

Arbeitnehmer/in – Azubi

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

Selbstständige/r

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

Student/in

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

Rentner/in – Rentenantragsteller/in

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenantrag 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"/> |
| <input type="text"/> | | Kundennummer der Agentur/ARGE (falls bekannt) |
| 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"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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