

Mitglied werden bei der IKK Nord

Ganz einfach:

- 1.** Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
- 2.** Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
- 3.** Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite oder unter www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
 - per makleraktiv.de hochladen
 - per Mail an makleraktiv@kassensuche.de senden
 - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
 - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vibeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden
- 5.** Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
- 6.** Fertig. Der Kunde kommt in den Genuss aller Vorteile seiner neuen Krankenkasse.

Vertriebspartner:

E-Mail: rr@smwb.de

SMWB Strategien mit Weitblick GmbH
Papenhuder Straße 30
22087 Hamburg

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
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

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"/>	
Vorname(n)	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	E-Mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Rentenversicherungs-Nummer (falls vorhanden und zur Hand)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	Staatsangehörigkeit	bisherige Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Versichertennummer (falls vorhanden und zur Hand)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ, Wohnort	Familierversicherung über (Name, Vorname, Geburtsdatum des Mitglieds)	
<input type="text"/>	<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"/>	<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"/>
		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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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