

## Mitglied werden bei der IKK Brandenburg und Berlin

### 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](http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel) mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
  - per [makleraktiv.de](http://makleraktiv.de) hochladen
  - per Mail an [makleraktiv@kassensuche.de](mailto:makleraktiv@kassensuche.de) senden
  - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
  - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler 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](mailto: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](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 (Gewerbeabmeldung beigefügt)
<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 Telefon 0171 3383597
Ihre persönlichen Daten werden gemäß § 175 Sozialgesetzbuch V zur Ausübung und zur Durchführung Ihrer Mitgliedschaft (§ 284 SGB V) verarbeitet. * Diese Angaben sind freiwillig.		Vermittler: <a href="http://gesetzlichekrankenkassen.de">gesetzlichekrankenkassen.de</a>

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