

Mitglied werden bei der IKK classic

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

Persönliche Angaben

Formular VTzentral

Ich wähle die IKK classic ab
(bzw. zum nächstmöglichen Zeitpunkt)

Meine Krankenversicherungsnummer
(s. Gesundheitskarte, Buchstabe + 9 Ziffern)

Meine persönlichen Daten

Geschlecht weiblich männlich divers
Vorname
Name
Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort
Telefon (tagsüber)*
E-Mail*
Geburtsdatum
Rentenversicherungsnummer

Familienstand
 ledig verheiratet, seit
 geschieden, seit verwitwet, seit

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsort
Geburtsname
Staatsangehörigkeit

Angaben zum Versicherungsverhältnis

Ich bin
 Arbeitnehmer freiwillig versicherter Arbeitnehmer
 Auszubildender selbstständig
 Rentner/Rentenantragsteller Künstler
 Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II**
 Saisonarbeiter, voraussichtlich bis
 Sonstiges
(z. B. Student, Praktikant, Rehabilitand)

Name Arbeitgeber/Arbeitsagentur/Jobcenter/Kommune

Straße, Haus-Nr.
PLZ, Ort
Telefon
Betriebs-/Kundenummer

Ich bin mit dem Arbeitgeber
 verheiratet verwandt
 Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung und/oder eine ausländische gesetzliche Rente.**
 Ich erhalte Versorgungsbezüge** (z. B. Betriebsrente/Pension) und/oder mir wurden einmalige Kapitalleistungen in den letzten 10 Jahren ausgezahlt.

Meine bisherige Versicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert privat versichert im Ausland versichert
vom bis bei der
Datum Datum Name der Vorversicherung
(Bei Wechsel der Krankenkasse bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

Sonstiges*

- Ja, ich möchte Angehörige in die Familienversicherung aufnehmen.
 Ja, ich möchte am Bonusprogramm der IKK classic teilnehmen.
 Ja, ich wünsche Informationen zu den Wahlтарifen.
 Ja, ich möchte meine Gesundheitskarte im BVB-Design. Gilt auch für mitversicherte Angehörige.
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Antragsdaten von der IKK classic genutzt werden, um mich telefonisch, per Fax, SMS oder E-Mail über aktuelle Angebote aus dem Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Mit Unterschrift dieser Mitgliedserklärung erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei Zustandekommen der beantragten Mitgliedschaft, zum Zwecke der Abrechnung und Zahlung einer Aufwandsentschädigung an und den Vermittler, durch die IKK classic folgende Daten an den Vermittler übermittelt werden: Vor- und Zuname, Geburtsdatum. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widerrufen.

Vermittlernummer _____ Vermittler _____ Unterschrift _____ Datum _____ Unterschrift des Kunden _____

Datenschutzhinweis: Die Erhebung Ihrer Daten dient der Bearbeitung Ihres Antrags und beruht auf § 175 i. V. m. § 284 SGB V und § 50 i. V. m. §§ 93 ff. SGB XI. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit für die Zukunft bei der IKK classic widersprechen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

** bitte Nachweis, z. B. Bewilligungs- oder Rentenbescheid, beifügen bzw. nachreichen

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