



Anschrift und Sitz  
krankenkassennetz.de GmbH  
Waisenhausring 6  
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer  
Karsten Leidloff,  
Jürgen Kunze

Kontaktdaten  
Telefon : +49 (0)345 6826600  
Telefax : +49 (0)345 6826629  
E-mail : [info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkaserneninfo.de](http://www.krankenkaserneninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **mkk** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkaserneninfo.de](mailto:info@krankenkaserneninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **mkk** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **mkk** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **mkk** wählen.

In diesem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **mkk** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Selbstständigkeit zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte zum  bzw. schnellstmöglich Mitglied der mkk - meine Krankenkasse werden.

- Wechsel im **Kündigungsverfahren** (wir kündigen die bisherige gesetzliche Krankenkasse)
- Wechsel aufgrund einer **Statusänderung** (z. B. Beginn oder Ende einer Beschäftigung/Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, Ende Familienversicherung)
- Beitritt zur **gesetzlichen Versicherung** (z. B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzliche Krankenkasse)

## Angaben zur Person (laut Ausweisdokument)

Geschlecht  männlich  weiblich  divers  unbestimmt

Name  Vorname(n)

Straße, Hausnr.  PLZ, Ort

Geburtsdatum  Geburtsort

Geburtsname  Geburtsland

Nationalität  Familienstand

Telefon\*  E-Mail\*

Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer  Steht im Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

## Allgemeine Angaben (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich bin ...
- Arbeitnehmer:in
  - Auszubildende:r
  - Student:in (bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen)
  - Schüler:in (bitte Schulbescheinigung beilegen)
  - Rentner:in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen)
  - Rentenantragsteller:in
  - Bezieher:in von ALG I (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
  - Beamtin bzw. Beamter
  - nicht Erwerbstätige:r
  - Sozialhilfeempfänger:in
  - Bezieher:in von Bürgergeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
  - Künstler:in
  - Selbstständige:r ohne Anspruch auf Krankengeld
  - Selbstständige:r mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche
  -

Ich war zuletzt ...

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- familienversichert
- privat krankenversichert/freie Heilfürsorge

Name der Krankenkasse

nicht krankenversichert  nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

Arbeitgeber:in beschäftigt ab/seit  Bruttogehalt/mtl.\*  Euro

Name Arbeitgeber:in

Anschrift Arbeitgeber:in

Ich bin mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin verwandt:  Nein  Ja, Verwandtschaftsgrad

Ich bin Geschäftsführer:in der Firma:  Nein  Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)

Ich bin Gesellschafter:in der Firma:  Nein  Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

## Weitere Angaben

Ich beziehe eine ausländische Rente, einen (kapitalisierten) Versorgungsbezug:  Nein  Ja (bitte Nachweis beifügen)

## Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern:  Nein  Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die mkk sofort informieren.

\*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie meines Bruttogehaltes sind freiwillig.

Ich bin damit einverstanden, dass die mkk meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die mkk darf mich zu individuellen Leistungsansprüchen und allgemein über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können meine Kontaktdaten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen.

**X** Datum, Unterschrift Diese Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch uns und die Rechte der Kundinnen und Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen auf unserer Homepage unter [www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/](http://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/).

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice mkk  
Waisenhausring 6  
06108 Halle (Saale)

### ... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

