



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
Website : www.krankenasseninfo.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 **Heimat Krankenkasse** 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@krankenasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



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

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Heimat Krankenkasse** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Heimat Krankenkasse** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer



1 Persönliche Angaben

Geschlecht Männlich Weiblich Divers Unbestimmt

Titel		Geburtsdatum	
Name, Vorname		Geburtsname	
Straße		Hausnummer	
Adresszusatz		Geburtsort	
PLZ		Ort	
Steuerliche Identifikationsnummer		Geburtsland	
		Staatsangehörigkeit	
		E-Mail (freiwillige Angabe)	
		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

Familienstand:

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern: ja nein

2 Angaben zur Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer/Auszubildender

Firmenname			
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	

Wie hoch ist Ihr monatliches Bruttoentgelt?

Ich beziehe Arbeitslosengeld I
(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich beziehe Arbeitslosengeld II
(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich bin Student

Ich bin in Elternzeit

Ich verführe über Nebeneinkünfte: ja (Bitte Nachweise in Kopie beifügen) nein

3 Angaben zur bisherigen Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung	von		bis	
Versichertennummer	oder	Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer		

Ich habe keine der Nummern vorliegen (Bitte unter „Persönliche Angaben“ eintragen: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit)

Wie sind Sie aktuell versichert? Ich bin gesetzlich versichert (Bitte wählen: pflichtversichert freiwillig versichert)
 Ich bin familienversichert Ich bin privat versichert Ich bin im Ausland versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels: Beginn der Versicherungspflicht (z. B. bei Arbeitgeberwechsel)
 Beginn der Versicherungsberechtigung (bei Beitritt/Wechsel in die freiwillige Versicherung)
 Kündigung (nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist)
 Sonderkündigung (vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist, z. B. bei Erhöhung des Zusatzbeitrages)

Beginn der Mitgliedschaft:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Werbung Arbeitgeber Persönliches Umfeld Sonstiges:

Hinweis zum Datenschutz

Für die Mitgliedschaft bei der Heimat Krankenkasse benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an.

Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen (auch per E-Mail, Telefon oder SMS). Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Heimat Krankenkasse ohne nachteilige Folgen widerrufen (auch per E-Mail unter datenschutz@heimat-krankenkasse.de).

Ja, ich bin einverstanden

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Heimat Krankenkasse
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.

