



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.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **actimonda krankenkasse** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **actimonda krankenkasse** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **actimonda krankenkasse** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **actimonda krankenkasse** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich werde zum _____ (Datum) Mitglied der **actimonda krankenkasse**.

Herr Frau Anredezusatz _____

Name, Vorname _____

Ggf. Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert

Rentenversicherungsnummer _____

bisherige
Krankenversicherungsnummer _____

Steuer-Identifikationsnummer _____

Anzahl der Kinder _____, davon sind _____ (gemeinsame) unterhalt-
berechtigte Kinder

mein Ehe-/Lebenspartner ist: gesetzlich krankenversichert
 privat krankenversichert

Ich bin ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
 Schüler(in) Beamter(in) Rentner/Pensionär

Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II

Selbstständige(r) (Bitte Rückseite ausfüllen!)

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule _____

Betriebsnummer _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

beschäftigt seit/studiere ab _____

mtl. Bruttoentgelt (Euro) _____

Ich habe eine weitere Beschäftigung

Ich bin (zusätzlich) seit _____ selbstständig erwerbstätig

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug.)

Ich war zuletzt ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

familienversichert

privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen.)

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.) _____

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung (Einzugsmächtigung erforderlich, s. Rückseite.)

Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/
Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

Familie

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.
(Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)

Anzahl der Kinder, davon sind _____ (gemeinsame)
unterhaltsberechtignte Kinder.

BONUSPROGRAMM Ihrer actimonda krankenkasse

Ja, ich möchte allein Bonuspunkte sammeln.

Ja, ich möchte gemeinsam mit meiner Familie Bonuspunkte sammeln.

Anzahl Bonusheft Erwachsene?

Anzahl Bonusheft Kinder?

Meine Empfehlung

Nachfolgende Person möchte Informationen (auch gerne telefonisch)
zur Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse**

Name, Vorname _____

Telefon _____

PLZ, Ort _____

Straße, Hausnummer _____

Mit der Mitgliedschaft bei der **actimonda krankenkasse** beginnt grundsätzlich auch die Versicherung in der Pflegeversicherung der **actimonda krankenkasse**. Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der **actimonda krankenkasse** erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ohne Angabe der notwendigen Daten ist eine ordnungsgemäße Abwicklung des Versicherungsverhältnisses nicht möglich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der zu dem vorgenannten Zweck notwendigen Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten einverstanden. Zugleich bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag.

Ich bin damit einverstanden, dass die **actimonda krankenkasse** meine Daten im Zusammenhang mit der Empfehlung nutzt und speichert. Der Interessent (meine Empfehlung) ist damit einverstanden, dass seine oben genannten Daten gespeichert und genutzt werden, um ihn informieren und beraten zu können, und er zu diesen Zwecken angerufen wird. Dem Interessenten und mir ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können.

X

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Vorname

Nachname

Rentenversicherungsnummer

Meine Einkommensverhältnisse:

Bitte unbedingt angeben!

Angaben zum Einkommensverhältnis Ihres Ehegatten sind nur dann notwendig, wenn dieser **nicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Art und Höhe des Bruttoeinkommens	des Mitglieds		des Ehegatten	
	monatlich in €	jährlich in €	monatlich in €	jährlich in €
Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid und Gewerbeanmeldung in Kopie beifügen.				
Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung Bruttobetrag, inklusive Einmalzuwendungen Bitte Einkommensnachweis in Kopie beifügen.				
Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfallversicherung, aus privater Renten-/Lebensversicherung Bitte Kopie des letzten Rentenbescheides beifügen.				
Rentenähnliche Einnahmen, z. B. Versorgungsbezüge, Betriebsrenten, Pensionen, Auslandsrente Bitte Bescheide in Kopie beifügen.				
Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen, z. B. Zinsen Bitte letzten Einkommenssteuerbescheid in Kopie beifügen.				
Sonstige Einnahmen, z. B. Abfindungen, Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfe, Wohngeld, Unterhalt des früheren Ehegatten oder der Eltern Bitte Bescheide in Kopie beifügen.				

Mein Lebensunterhalt wird durch meinen Ehegatten/Lebenspartner/Eltern in Form von kostenloser Unterkunft bzw. Verpflegung sichergestellt.

Ich wünsche eine Versicherung **mit** Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit (allgemeiner Beitragssatz).

Ich werde sie unverzüglich informieren, sobald sich Änderungen in den Verhältnissen ergeben.

Sobald mir ein neuer Steuerbescheid vorliegt, werde ich diesen unverzüglich vorlegen.

Mir ist bekannt, dass mir bei Nichtbeachtung dieser Mitwirkungspflicht* Nachteile entstehen können.

Einzugsermächtigung bei Selbstzahlern:

Dürfen wir Ihre Beiträge von Ihrem Konto abbuchen? Ja Nein

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Unsere Bankverbindung: SEB AG | BLZ: 390 101 11 | Konto-Nr.: 16 004 808 00

IBAN: DE92390101111600480800 | BIC: ESSE DE 5F 390

X

Ort, Datum

Unterschrift

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice actimonda 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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

