



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.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 **Schwenninger 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 **Schwenninger 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 **Schwenninger Krankenkasse** vorliegt.

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

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **Schwenninger Krankenkasse** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger werden

Beraternummer **99065/**

Mitgliedschaft ab:

Meine persönlichen Angaben:

Herr Frau verheiratet ledig

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Rentenvers.-Nummer

Geburtsland, -ort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Meine Bankverbindung:

Bank

BIC

IBAN

Kontoinhaber
falls abweichend

Mein Arbeitgeber / Meine Agentur für Arbeit:

Betriebsnr.
falls bekannt

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon
Personalabteilung

Zusätzlich beziehe ich:

Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld

Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe

Sonstiges

in Höhe von Euro monatlich

Ich bin damit einverstanden, zukünftig telefonisch oder über meine E-Mail-Adresse über meine Krankenkasse und Zusatzangebote informiert zu werden.

Name Ansprechpartner:

Art der Mitgliedschaft:

- Ich bin pflichtversicherter Arbeitnehmer
- Ich bin freiwillig Versicherter Arbeitnehmer
- Ich bin selbstständig*
- Ich bin Student*
- Ich bin Rentner*
- Ich bin Arbeitslosengeldbezieher
- Sonstige freiwillige Versicherung*

Meine jetzige Kranken- und Pflegeversicherung:

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse:

Name

Ort

- als Mitglied versichert
- als Familienangehörige/r versichert

Wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, benötigen wir eine **Kündigungsbestätigung** Ihrer bisherigen Krankenkasse.

- Die Kündigungsbestätigung liegt bei
- Die Kündigungsbestätigung wird nachgereicht
- Bitte senden Sie mir eine Kündigungshilfe zu

- Ich möchte meine **Angehörigen** mitversichern*
- Ich möchte am **Bonusprogramm** teilnehmen
- Ich entscheide mich für den **Wahltarif** Beitragsrückerstattung

Für den Wahltarif bitte **monatl. Bruttoeinkommen** angeben:

- 1.001 € – 1.500 € 1.501 € – 2.000 €
- 2.001 € – 2.500 € 2.501 € – 3.000 €
- 3.001 € – 3.500 € über 3.500 €

Ein Lichtbild für die elektronische Gesundheitskarte:

- liegt bei wird von mir hochgeladen

Hinweis: Auf www.Die-Schwenninger.de/lichtbild haben Sie die Möglichkeit, ein digitales Bild hochzuladen.

Bestätigung meiner Angaben:

Datum

Unterschrift
ggf. des Erziehungsberechtigten

* Wir werden uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger Krankenkasse zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Die Schwenninger 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.

