krankenkassennetz.de GmbH • Waisenhausring 6• D-06108 Halle (Saale)

krankenkassennetz.de

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 **HEK** 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 **HEK** 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 **HEK** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

HEK

HANSEATISCHE KRANKENKASSE

FOCUS MONEY TOP KRANKENKASSE Ausgabe 49/2014 Deutschlands größter Krankenkassen-Vergleich

☑ **Ja, ich beantrage zum** _____ **die Mitgliedschaft bei der HEK, die Business-K(l)asse, und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.**

Angaben zur Person

☐ weiblich ☐ männlich

Titel, Name

Vorname

Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt)

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer privat[1]

Telefonnummer dienstlich[1]

Handynummer[1]

E-Mail-Adresse[1]

Rentenversicherungsnummer

Krankenversichertennummer

Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Nur vom Vertriebspartner auszufüllen

GP-Nummer: 700 156 2956

krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
06108 Halle

Stempel oder Name, PLZ, Ort

Bisherige Krankenversicherung

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse

Name

Ort

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert
☐ privat versichert ☐ im Ausland versichert ☐ nicht versichert

☐ Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.

Familienversicherung

☐ Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.

Mitgliedschaft als:

☐ Arbeitnehmer
☐ Auszubildender
☐ Praktikant
☐ Schüler
☐ Student **(Bitte Immatrikulation beifügen und rückseitige Einzugsermächtigung ergänzen)**
☐ Selbständiger/Freiberufler
☐ freiwillig Versicherter
☐ freiberuflicher Künstler/Publizist

Bezieher von **(Bitte Leistungsbescheid beifügen):**

☐ Arbeitslosengeld I
☐ Arbeitslosengeld II
☐ Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen

☐ Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus.
☐ Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.

Mein monatliches Entgelt beträgt:

☐ bis 450 Euro
☐ bis 4.575 Euro
☐ mehr als 4.575 Euro

Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.

Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen:

Name Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer des Arbeitgebers (Bitte unbedingt angeben)

Faxnummer des Arbeitgebers

Beschäftigt als

Beginn der Beschäftigung

Die Angaben sind zwingend erforderlich, damit wir den Mitgliedschaftsantrag bearbeiten können (Rechtsgrundlage: § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Freiwillige Angaben[1]

☐ Ich beantrage den Zugang zum Online-Kundenzentrum „HEK24".
☐ Ich melde mich für den E-Mail-Informationsservice der HEK an und erhalte regelmäßig den HEK-Newsletter.
☐ Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert bzw. berät.

Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Bitte informieren Sie mich umgehend über: ☐ Präventionsprogramme[2] ☐ Befreiung von Zuzahlungen[2] ☐ Zusatzversicherungsangebote[2] ☐ Chronikerprogramme[2] ☐ Wahltarife[2]

[1] Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei eventuellen Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, sofern Sie sich damit ausdrücklich einverstanden erklären.

[2] Die Angaben werden nur für die Versendung von Informationsmaterial an Sie genutzt und anschließend gelöscht.

✗ Datum, Unterschrift _____

HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE

Stand: 01-2015

HEK-Team Direkt 0800 0213213 (kostenfrei)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice HEK
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.