



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **hkk** 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@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Selbstständiger Mitglied bei der hkk ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsland
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt (X)
PLZ, Wohnort	Staatsangehörigkeit
Telefon ¹⁾	Familienstand
E-Mail ¹⁾	Rentenversicherungsnr.
	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder ²⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte Nachweis beifügen.

2. Angaben zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Beginn der Selbstständigkeit			
Ich wünsche eine freiwillige Versicherung	mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.		
	ohne Anspruch auf Krankengeld.		
Jahresgewinn (nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts)		EUR	Bitte eine Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen!
Bei erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit: geschätzter jährlicher Gewinn		EUR	Bitte Gewerbeanmeldung und ggf. Leistungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen!
Sonstige jährliche Einnahmen (z. B. Miet- und Kapitalerträge)		EUR	

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Mein Partner ³⁾ ist gesetzlich krankenversichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wir bitten um folgende Angaben und entsprechende Einkommensnachweise:	
Eigene Bruttoeinkünfte meines Partners ³⁾ in Höhe von monatlich		EUR	sowie Sonderzahlungen <input type="checkbox"/> EUR
Anzahl der gemeinsamen und unterhaltsberechtigten Kinder			
Rentenbezug/Rentantrag gestellt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Beamter / Pensionär m/w/d/X	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Rentenähnliche Einnahmen ²⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

Vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied m/w/d/X	Familienangehöriger m/w/d/X
von	bis	
Name der Krankenkasse		

4. Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.

Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum Unterschrift

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.
²⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.
³⁾ Ehepartner m/w/d/X bzw. eingetragener Lebenspartner m/w/d/X

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [hkk.de/datenschutz](https://www.hkk.de/datenschutz)
Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie „Ihren Partner beim Krankenkassenwechsel“ gemäß § 13 Abs. 1 SGB X zu Ihrer Vertretung (Datenübermittlung an die hkk Krankenkasse und Auskünfte zum Antragsprozess) beim Wechsel zur hkk. Die Vollmacht endet mit Beginn der Mitgliedschaft bei der hkk.

Interne hkk Seriennummer	1 7 2 0 3 2 2 -
(Wird von der hkk ausgefüllt)	Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)

hkk02_selbststaendig_012022_asf_portale

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice hkk
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.

