



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 das entgegengebrachtes Vertrauen.

Wenn Du dich studentisch krankenversichern musst ist das bei der **hkk** unkompliziertmöglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag im Freiumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **hkk** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Student 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 zum Versicherungsverhältnis

Studienbeginn	Bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.									
Matrikelnummer										
Promotionsstudium	Sprachsemester	Sprachkurs	Studienkolleg	Propädeutika	Bitte angeben, sofern zutreffend.					
Name der Hochschule										
Ich arbeite neben meinem Studium										
Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Monatliches Brutto-Erwerbseinkommen					EUR			
<input type="checkbox"/> selbstständig tätig ab										
<input type="checkbox"/> beschäftigt als Arbeitnehmer m/w/d/X ab										
Name/Anschrift des Arbeitgebers										

Rentenbezug/Rentenantrag gestellt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bitte Kopie der letzten Rentenmitteilung beifügen!								
Rentenähnliche Einnahmen ²⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Von der Kranken-/Pflegeversicherungspflicht befreit ²⁾			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
Haben Sie Versicherungsansprüche nach über- oder zwischenstaatlichem Recht?										
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja										
Vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als					<input type="checkbox"/> Mitglied m/w/d/X		<input type="checkbox"/> Familienangehöriger m/w/d/X			
von _____ bis _____										
Name der Krankenkasse										

3. 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.

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
(Wird von der hkk ausgefüllt)

1	7	2	0	3	2	2	-													
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)

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.

