



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.krankenkassennetz.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 KKH zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse (Musterkündigung in der Anlage). Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse muss Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag zu uns. Alternativ können Sie uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29).
4. Die KKH sendet Ihnen die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu.
5. Sie legen die Mitgliedsbescheinigung der KKH bei Ihrem Arbeitgeber vor Ablauf der Kündigungsfrist vor.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren brauchen Sie nicht zu kündigen sondern können uns den Mitgliedsantrag direkt zuschicken. Bitte schreiben Sie dann genau dazu, welcher Grund zum Wechsel in die KKH vorliegt.

Sollten Sie Familienmitglieder mitversichern füllen Sie bitte auch den [Familierversicherungsbogen](#) aus.

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Herr Frau Anredezusatz _____

Vor- und Zuname _____

Ggf. Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Land (Wohnort) _____ Land d. Arbeitgebers _____

Bei Wohnort im Ausland: PLZ des nahegelegendsten Ortes in Dtl. _____

Telefon/mobil* _____

E-Mail* _____

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert**

_____ noch keine vorhanden
Rentenversicherungsnummer

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
 Rentner/Pensionär Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen)
 Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. _____ mtl. Bruttoentgelt (EUR)

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
 Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Art der Beteiligung

- Ich habe eine weitere Beschäftigung.
 Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.
 Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

* Freiwillige Angaben

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

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 Bachelor Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)

Sonstige Angaben

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)
 Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
 Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungssamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Service

Ich bin damit einverstanden, dass zu den unten angekreuzten Themen meine Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und man mich per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH widerrufen kann.

- zu Zwecken der Kundenbefragung bzw. KKH Produkte und Services
 private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners

Pflegekasse bei der KKH

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der KKH erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften der §§ 53 und 284 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf) und § 94 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elf) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag wird hiermit unterschriftlich bestätigt.

_____ **X** _____
Datum Unterschrift

geworben durch: krankenkassennetz.de GmbH

KKH Kaufmännische
Krankenkasse

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice KKH
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.

