



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **KKH** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

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

Die **KKH** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung

vermittelt durch: krankenkassennetz.de GmbH
Vermittler-Nr. 0280800212

KKH

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

(Akad. Grad) Name, Vorname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich divers* unbestimmt

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer**

E-Mail**

Ich bin: ledig verheiratet verpartnert***
 geschieden verwitwet

_____ keine vorhanden
Rentenversicherungsnummer (RVNR)

_____ keine vorhanden
Krankenversicherungsnummer (KVNR)

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Arbeitgeberwechsel/Aufnahme Beschäftigung
- Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Aufnahme eines Studiums
- Ablauf der Bindefrist/Kündigung
- Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Wechsel aus anderen Gründen
- Zuzug aus dem Ausland

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

- in einem Beschäftigungsverhältnis
- in einer Ausbildung im Studium selbstständig
- im Rentenbezug im Pensions- oder Beamtenbezug
- im Bezug von Arbeitslosengeld/Bürgergeld (ALG II)
- Sonstiges

Betriebsnummer

Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

Kundennummer (Agentur für Arbeit)/BG-Nummer (Jobcenter)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/Rente seit _____ jährliches Bruttoentgelt (in €)

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verheiratet/verwandt.
 Ehemann/-frau Vater/Mutter Großvater/-mutter
- Ich bin Geschäftsführer und an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Ich war zuletzt versichert:

- Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte)
- privat krankenversichert/Freie Heilfürsorge/Beihilfe
- familienversichert im Ausland versichert

von

bis

Name der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

Institutskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland

Anschrift der o. g. Krankenkasse

Internationale Versicherungsnummer

- Beginn mit Zuzug aus dem Ausland
- Beginn nicht mit Zuzug aus dem Ausland
- Ich möchte mich erstmalig in Deutschland versichern.
- Ich komme aus einem EU-Land.
- Ich war im Ausland gesetzlich versichert.

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung.
- Ich beginne mein Erststudium.

Zusätzliche Angaben bei Rentnern:

- Ich erhalte folgende Rente/n
 - Waisenrente Altersrente Witwen-/Witwerrente
 - Erwerbsminderungsrente
- Ich erhalte eine Betriebsrente oder Versorgungsbezug durch:

Name des Trägers

Weitere Einkünfte/Versicherungstatbestände:

- Ich habe eine weitere Beschäftigung.
- Ich beziehe eine zusätzliche Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).
- Ich beziehe zusätzlich Bürgergeld (ALG II).
- Ich studiere nebenbei. Ich bin nebenbei selbstständig.

Name Arbeitgeber/Hochschule/Agentur für Arbeit/Jobcenter/Rententräger

Beschäftigt/arbeitslos/im Studium/selbstständig/Rente/VSB seit _____

Sonstiges:

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern.

Pflegekasse bei der KKH: Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

Datum

Unterschrift

* divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG ** freiwillige Angabe

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

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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

