



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.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 **Schwenninger Krankenkasse** 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 **Schwenninger Krankenkasse** 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 **Schwenninger Krankenkasse** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich möchte Mitglied der Schwenninger werden

Beraternummer **99065/**

Mitgliedschaft ab:

T | T

M | M

J | J | J | J

Meine **persönlichen Angaben**:

Herr Frau verheiratet ledig

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Bevorzugten Telefon*

Kontaktweg bitte Mobil*

ankreuzen E-Mail*

Rentenvers.-Nummer

Geburtsland, -ort

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

*Freiwillige Angaben

Mein **Arbeitgeber** / Meine Agentur für Arbeit:

Betriebsnr.
falls bekannt

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon
Personalabteilung

Zusätzlich beziehe ich:

Rente/Betriebsrente Arbeitslosengeld

Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit Beihilfe

Sonstiges

in Höhe von Euro monatlich

Meine jetzige **Kranken- und Pflegeversicherung**:

Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse:

Name

Ort

als Mitglied versichert

als Familienangehörige/r versichert

Wenn Sie pflichtversichert oder freiwillig versichert waren, benötigen wir eine **Kündigungsbestätigung** Ihrer bisherigen Krankenkasse.

Jetzige Krankenkasse gekündigt ja nein

Art der **Mitgliedschaft**:

- Ich bin pflichtversicherter Arbeitnehmer
 Ich bin freiwillig versicherter Arbeitnehmer
 Ich bin selbstständig**
 Ich bin Student**
 Ich bin Rentner**
 Ich bin Arbeitslosengeldbezieher
 Sonstige freiwillige Versicherung**

Ich möchte meine **Angehörigen** mitversichern**

** Wir werden uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ein **Lichtbild** für die elektronische Gesundheitskarte:

liegt bei wird von mir hochgeladen

Hinweis: Auf www.Die-Schwenninger.de/lichtbild haben Sie die Möglichkeit, ein digitales Bild hochzuladen.

Meine **Bankverbindung**:

IBAN

BIC

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Ich bin mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden (kreuzen Sie diese bitte entsprechend an):

Durch die freiwillige Angabe meiner Telefonnummer, erkläre ich mich einverstanden, künftig von der Schwenninger Krankenkasse angerufen zu werden.

Durch die freiwillige Angabe meiner E-Mail-Adresse, erkläre ich mich einverstanden, künftig Informationen der Schwenninger Krankenkasse zu erhalten.

Ich bin damit einverstanden, Newsletter per E-Mail über Angebote, Leistungen, Beiträge und Aktionen zu den Themen Gesundheit, Prävention sowie Neuigkeiten und Änderungen der Schwenninger Krankenkasse zu erhalten. (Die Bestätigungsmail erhalten Sie in den nächsten Tagen. Bitte bestätigen Sie diese.)

Ihre Rechte: Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Bestätigung meiner Angaben:

Datum

Unterschrift
ggf. des Erziehungsberechtigten

Ihre persönlichen Daten werden von der Schwenninger Krankenkasse zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden vertraulich behandelt. Weitere Informationen zum Datenschutz bei der Schwenninger Krankenkasse finden Sie unter: www.Die-Schwenninger.de/Datenschutz.

Ansprechpartner:

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Die Schwenninger Krankenkasse
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.

