



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenasseninfo.de](http://www.krankenasseninfo.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 **Heimat Krankenkasse** 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@krankenasseninfo.de](mailto:info@krankenasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



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

**Übrigens:** Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Heimat Krankenkasse** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Heimat Krankenkasse** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer



## 1 Persönliche Angaben

Geschlecht\*  Männlich  Weiblich  Divers  Unbestimmt

Titel		Geburtsdatum*	
Name, Vorname*		Geburtsname	
Straße*		Geburtsort	
Hausnummer*		Geburtsland	
Adresszusatz		Staatsangehörigkeit	
PLZ*		E-Mail	
Ort*		Telefon, tagsüber erreichbar	
Steuerliche Identifikationsnummer*			

### Familienstand\*:

ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet  eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

Ich möchte Familienangehörige beitragsfrei mitversichern:  ja  nein

## 2 Angaben zur Tätigkeit

Ich bin Arbeitnehmer/Auszubildender

Firmenname*			
Straße*		Hausnummer*	
PLZ*		Ort*	

Wie hoch ist Ihr monatliches Bruttoentgelt?

 Euro/Monat

Ich beziehe Arbeitslosengeld 1

(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich beziehe Arbeitslosengeld 2

(Bitte Bescheid über den aktuellen Leistungsbezug beifügen)

Ich bin Student

Ich bin in Elternzeit

Ich verfüge über Nebeneinkünfte:  ja (Bitte Nachweise in Kopie beifügen)  nein

## 3 Angaben zur Versicherung

Name der aktuellen Krankenversicherung*		
Krankenversicherungsnummer*	oder	Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer

Ich habe keine der Nummern vorliegen (Bitte unter „Persönliche Angaben“ eintragen: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit)

Wie sind Sie aktuell versichert?\*

Ich bin gesetzlich versichert (Bitte wählen:  pflichtversichert  freiwillig versichert)

Ich bin familienversichert  Ich bin privat versichert  Ich bin im Ausland versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels:\*

Beginn der Versicherungspflicht (z. B. bei Arbeitgeber-Wechsel)

Beginn der Versicherungsberechtigung (bei Beitritt/Wechsel in die freiwillige Versicherung)

Kündigung (nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist)

Sonderkündigung (vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist, z. B. bei Erhöhung des Zusatzbeitrages)

Beginn der Mitgliedschaft\*:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Werbung  Arbeitgeber  Persönliches Umfeld  Sonstiges:

### Hinweis zum Datenschutz

Für die Mitgliedschaft bei der Heimat Krankenkasse benötigen wir einige persönliche Angaben von Ihnen. Diese haben wir als Pflichtfeld (\*) gekennzeichnet. Zur Erleichterung unserer Arbeit bitten wir Sie auch um die Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Die Angabe dieser beiden Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Das Einverständnis hierfür können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der Heimat Krankenkasse wahrnehmen (auch per E-Mail unter [datenschutz@heimat-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@heimat-krankenkasse.de)). Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns an. Bei Fragen wenden Sie sich an die Heimat Krankenkasse oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@heimat-krankenkasse.de](mailto:datenschutz@heimat-krankenkasse.de).

### Einwilligung zur Datennutzung

Ich bin damit einverstanden, dass die Heimat Krankenkasse meine angegebenen Kontaktdaten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der Heimat Krankenkasse sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der Heimat Krankenkasse informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Einwilligung gilt auch für den Fall, dass die gewünschte Mitgliedschaft nicht zustande kommt. Es gelten die in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Webseite unter [www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz](http://www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz) genannten Betroffenenrechte.

Ja, ich bin einverstanden

Datum*	Ort*
--------	------

Unterschrift*
---------------

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

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

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

