



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.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.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 **Heimat 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 **Heimat 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 **Heimat Krankenkasse** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

## Ich wähle die Mitgliedschaft in der Heimat Krankenkasse ab

### Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum		Weiblich		Männlich	
Geburtsname		Telefon, tagsüber erreichbar		Mobilnummer			
Straße		Hausnummer		E-Mail			
PLZ		Ort		Staatsangehörigkeit			
Rentenversicherungsnummer		Geburtsort		Geburtsland			

### Familienstand

Ledig		Verheiratet		Verwitwet		Geschieden, seit		Mein Ehe-/Lebenspartner nach dem LPartG ist versichert bei	
Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?		Ja		Nein					

### Tätigkeit

Beschäftigte/-r		Auszubildende/-r		Student/-in [1]		Elternzeit		Sonstige, z. B. Hausfrau/-mann [2], Schüler/-in [3]	
Selbstständig / freiberuflich [4]		Rentner/-in [5]		ALG-/ALG II-Bezieher/-in [6]					
Nur für Selbstständige / Freiberufler:		Ich beantrage		gesetzliches Krankengeld (ab der 7. Woche)		Krankentagegeld Wahltarif		kein Krankengeld	
Bitte folgende Nachweise in Kopie beifügen: [1] Immatrikulationsbescheinigung, [2] Einkommensnachweise, [3] Schulbescheinigung, [4] aktueller Steuerbescheid und Gewerbeanmeldung, [5] Rentenbescheide, [6] Bescheid der Agentur für Arbeit									

### Zusätzliche Einnahmen

Neben den Einnahmen der angegebenen Tätigkeiten erhalte ich zusätzlich		Versorgungsbezüge		Rente		ausländische Rente			
Bitte entsprechende Nachweise beifügen.									

### Arbeitgeber

Firmenname		Telefonnummer der Personalabteilung (falls bekannt)							
Straße		Hausnr.		PLZ		Ort			

### Vorversicherung

Ich war zuletzt:		pflichtversichert		freiwillig versichert		familienversichert		privatversichert *		nicht versichert	
vom		bis		Letzte Krankenkasse							

\*Bitte die Bescheinigung der privaten Versicherungszeiten beifügen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, von der Heimat Krankenkasse und den von ihr beauftragten Dienstleistern per Telefon oder E-Mail über Leistungen und Angebote im Gesundheitsbereich sowie Zusatzangebote ihrer Partner informiert zu werden.

Ja    Nein

Datum		Ort	
Unterschrift			

### Datenschutzhinweis:

§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

**krankenkassennetz.de GmbH**

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

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

