



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

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@krankenkasseninfo.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 Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **Heimat Krankenkasse** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **Heimat Krankenkasse** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn 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 kostenfrei mitversichern: ja nein

2 Angaben zur Tätigkeit

Grund der freiwilligen Versicherung* Selbstständigkeit Erwerbslos/Haushaltsführende Person Empfänger von Sozialgeld

Beamter (Meister-)Schüler/Student Sonstiges:

Hinweis:

Um die von Ihnen zu zahlenden Beiträge ermitteln zu können, benötigen wir einen detaillierten Einkommensnachweis von Ihnen. Aus diesem Grund erhalten Sie von uns in einem gesonderten Schreiben einen Fragebogen zu Ihrem Einkommen.

3 Angaben zur Versicherung

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

Ich habe keine der Nummern vorliegen

Bitte unter „Persönliche Angaben“ versichern: Geburtsname, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit

Wie sind Sie aktuell versichert?*

- Ich bin **gesetzlich** versichert
 Ich bin **familien**versichert
 Ich bin **im Ausland** versichert

Bitte wählen:

- p**flichtversichert **f**reiwillig versichert

Anlass des Krankenkassenwechsels:*

- B**eginn der **V**ersicherungsberechtigung [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 Ehemaliger 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]. Allgemeine Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter 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.

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 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.

