



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.krankenkaserneninfo.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 **HEK** 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@krankenkaserneninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



Von der **HEK** 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 **HEK** 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 **HEK** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

JA, ich beantrage zum die Mitgliedschaft bei der HEK und sichere mir ein erstklassiges Leistungsangebot.

Persönliche Angaben

männlich weiblich divers

Titel und Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

PLZ

Ort

Telefonnummer¹

E-Mail-Adresse¹

Rentenversicherungsnummer

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum

Geburtsname

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Haben Sie Kinder?

ja nein

Familienversicherung

Ich habe Angehörige (Ehepartner_in, Lebenspartner_in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Mitgliedschaft (m/w/d) als

Arbeitnehmer Auszubildender

freiw. Dienst
(FWD / FSJ / FÖJ)

Praktikant

Schüler

Student (bitte Immatrikulations-
bescheinigung beifügen)

dualer Student

Selbständiger /
Freiberufler

freiwillig Versicherter

freiberuflicher Künstler /
Publizist

Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen)

Arbeitslosengeld I

Arbeitslosengeld II

Rente, Hinterbliebenenrente
und/oder Versorgungsbezügen

Weitere Tätigkeiten

Ich übe noch weitere
Beschäftigungen aus

Ich bin zusätzlich im
Beamtenverhältnis tätig

Ich bin zusätzlich
selbstständig tätig

Nur vom Vertriebspartner auszufüllen **700 156 2956**

Stempel oder Name, PLZ, Ort

GP-Nummer

krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
06108 Halle

Bisherige Krankenversicherung

Ich war zuletzt bei folgender Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Ort

pflichtversichert

freiwillig versichert

familienversichert

Ich war zuletzt

privat versichert

im Ausland versichert

nicht versichert

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis (Bitte ausfüllen, wenn Sie Arbeitnehmer, in der Ausbildung, im dualen Studium, freiwilligen Dienst oder Praktikum sind.)

Name des Arbeitgebers

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer des Arbeitgebers
(bitte unbedingt angeben)

Faxnummer des Arbeitgebers

beschäftigt als

Beginn der Beschäftigung

Mein monatliches Entgelt beträgt

bis 450 Euro

bis 5.362,50 Euro

mehr als 5.362,50 Euro

Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.

Zahlt Ihr Arbeitgeber die Beiträge?

ja

nein

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 206 SGB V oder § 28 o SGB IV und § 94 SGB XI in Verbindung mit § 50 SGB XI. Ohne diese Informationen können wir Ihre Mitgliedschaft nicht herstellen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten erhalten Sie telefonisch oder online: www.hek.de/datenschutz

Freiwillige Angaben¹


Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät.

Hinweis: Ihre freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

¹ Die Angaben sind freiwillig und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrages keinen Einfluss. Mit den Angaben der Telefonnummer und/oder der E-Mail-Adresse ermöglichen Sie es uns, bei Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen.

 Datum und Unterschrift _____

 **Hotline**
0800 0 213 213 (kostenfrei)

 **E-Mail**
kontakt@hek.de

 **Website**
hek.de



Antrag digital ausfüllen?
Ganz einfach: QR-Code scannen,
ausfüllen und absenden.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice HEK
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.

