



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

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@krankenkasseninfo.de](mailto:info@krankenkasseninfo.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

Telefonnummer<sup>1</sup>  E-Mail-Adresse<sup>1</sup>

Rentenversicherungsnummer  Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum  Geburtsname

Geburtsort  Geburtsland

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 Immatrikulationsbescheinigung beifügen)  dualer Student

Selbstständiger / 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, im 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.

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](http://www.hek.de/datenschutz)


Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Angaben sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden und haben auf die Bearbeitung des Mitgliedschaftsantrags 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.**

