



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **HEK** ist für dich unkompliziert möglich. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@krankenkassennetz.de).

Die **HEK** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Ja, ich beantrage zum die Mitgliedschaft bei der HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE und sichere mir ein umfassendes Leistungsangebot.

Angaben zur Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Nur vom Vertriebspartner auszufüllen		GP-Nummer 7001562956
Titel, Name _____ Vorname _____ Straße und Hausnummer _____ Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt) _____ PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat ¹ _____ Telefonnummer dienstlich ¹ _____ Handynummer ¹ _____ E-Mail-Adresse ¹ _____ Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherungsnummer _____ Geburtsname _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____		Bisherige Krankenversicherung Ich war in den letzten 18 Monaten bei folgender Krankenkasse versichert Name _____ Ort _____ <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> im Ausland versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert <input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.		
		Familienversicherung <input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.		

Mitgliedschaft als (bitte rückseitige Einzugsermächtigung beachten) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist Bezieher von (bitte Leistungsbescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen <input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus <input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter beziehungsweise selbständig tätig		Mein monatliches Entgelt beträgt <input type="checkbox"/> bis 450 Euro <input type="checkbox"/> bis 4.950 Euro <input type="checkbox"/> mehr als 4.950 Euro Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu. Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen Name Arbeitgeber _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer des Arbeitgebers (bitte unbedingt angeben) _____ Faxnummer des Arbeitgebers _____ beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____	
---	--	--	--

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.

Freiwillige Angaben¹ <input type="checkbox"/> Ich beantrage den Zugang zum HEK24 - Onlinekundenzentrum und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen. <input type="checkbox"/> Ich bin an regelmäßigen Informationen der HEK per E-Mail interessiert und habe hierfür meine E-Mail-Adresse bei den Angaben zur Person eingetragen. <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die HEK mich telefonisch über ihre Produkte und Leistungen informiert beziehungsweise berät. Hinweis: Diese 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Datum und Unterschrift _____	HEK DIE BUSINESS-K(L)ASSE
--	------------------------------------

Antrag auf Familienversicherung

- Hiermit beantrage ich die kostenlose Familienversicherung für folgende Angehörige und erkläre, dass sie bei keiner anderen gesetzlichen Krankenkasse versichert sind. Über künftige Veränderungen werde ich Sie umgehend informieren. Dies gilt insbesondere, wenn sich das Bruttoeinkommen meiner unten genannten Familienangehörigen ändert oder diese selbst Mitglied einer Krankenkasse werden. Für meine Kinder ab 23 Jahren habe ich eine aktuelle Schul- oder Studienbescheinigung beigefügt.
- Ich bin verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
Wir benötigen die Angaben Ihres Ehepartners/Lebenspartners auch dann, wenn die Familienversicherung ausschließlich für Ihre Kinder beantragt wird. Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus, damit wir Ihnen die Gesundheitskarte/-n rechtzeitig zusenden können. Die Daten werden aufgrund der §§ 10, 284, 289 Sozialgesetzbuch V erhoben und zur Durchführung der Familienversicherung benötigt.

Ehepartner/Lebenspartner (Die Angaben sind erforderlich, wenn Sie verheiratet sind oder sich in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden) weiblich männlich

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Ehekunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Kind weiblich männlich leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Kind weiblich männlich leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Kind weiblich männlich leibliches Kind Stiefkind Pflegekind Enkel

Name (bei abweichendem Nachnamen bitte Geburtsurkunde beifügen)		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geburtsdatum	monatliches Einkommen	derzeitige Kasse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rentenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	versichert bis	<input type="checkbox"/> selbst versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für Studenten und freiwillig Versicherte (freiwillige Angabe)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ0000053778
Mandatsreferenznummer: wird separat mitgeteilt

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN:

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die HEK über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und mir die Mandatsreferenznummer mitteilen.

Bitte ziehen Sie die Beiträge rechtzeitig zum gesetzlichen Fälligkeitstermin (zum 15. des Folgemonats) ein.

1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die HEK widerruflich, die fälligen Beiträge zu Lasten des genannten Kontos einzuziehen. Die Einzugsermächtigung gilt auch für die Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HEK, die fälligen Beiträge und die fällige Prämie zu einem Wahltarif mit Anspruch auf Krankengeld von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HEK auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

