



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.

<p>Angaben zur Person <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Titel, Name _____</p> <p>Vorname _____ Adresszusatz (zum Beispiel bei Schmidt) _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Geburtsdatum _____ Telefonnummer privat¹ _____</p> <p>Telefonnummer dienstlich¹ _____ Handynummer¹ _____</p> <p>E-Mail-Adresse¹ _____</p> <p>Rentenversicherungsnummer _____ Krankenversicherungsnummer _____</p> <p>Wenn Ihnen keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, benötigen wir folgende Angaben:</p> <p>Geburtsname _____</p> <p>Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____</p>	<p>Nur vom Vertriebspartner auszufüllen GP-Nummer: 700 156 2956</p> <p>krankenkassennetz.de GmbH Waisenhausring 6 06108 Halle</p> <p>Stempel oder Name, PLZ, Ort _____</p> <hr/> <p>Bisherige Krankenversicherung</p> <p>Ich war die letzten 18 Monate bei folgender Krankenkasse _____</p> <p>Name _____</p> <p>Ort _____</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung meiner bisherigen Krankenkasse reiche ich nach.</p> <hr/> <p>Familienversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe Angehörige (Ehegatte/in, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen. Der rückseitige Antrag auf Familienversicherung wurde ausgefüllt.</p>
<p>Mitgliedschaft als:</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Student (Bitte Immatrikulation beifügen und rückseitige Einzugsermächtigung ergänzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbständiger/Freiberufler <input type="checkbox"/> freiwillig Versicherter <input type="checkbox"/> freiberuflicher Künstler/Publizist</p> <p>Bezieher von (Bitte Leistungsbescheid beifügen):</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II <input type="checkbox"/> Rente, Waisenrente und/oder Versorgungsbezügen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich übe noch weitere Beschäftigungen aus. <input type="checkbox"/> Ich bin außerdem Beamter bzw. selbständig tätig.</p>	<p>Mein monatliches Entgelt beträgt:</p> <p><input type="checkbox"/> bis 450 Euro <input type="checkbox"/> bis 4.575 Euro <input type="checkbox"/> mehr als 4.575 Euro</p> <p>Erhalten Sie Einmalzahlungen (zum Beispiel Weihnachts- oder Urlaubsgeld)? Dann zählen Sie bitte zu Ihrem monatlichen Bruttoeinkommen ein Zwölftel der Einmalzahlungen hinzu.</p> <p>Bitte ausfüllen, wenn Sie die Mitgliedschaft als Arbeitnehmer, Auszubildender oder Praktikant wählen:</p> <p>Name Arbeitgeber _____</p> <p>Straße, Hausnummer _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Telefonnummer des Arbeitgebers (Bitte unbedingt angeben) _____ Faxnummer des Arbeitgebers _____</p> <p>Beschäftigt als _____ Beginn der Beschäftigung _____</p>

Die Angaben sind zwingend erforderlich, damit wir den Mitgliedschaftsantrag bearbeiten können (Rechtsgrundlage: § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Freiwillige Angaben¹

Ich beantrage den Zugang zum Online-Kundenzentrum „HEK24“.

Ich melde mich für den E-Mail-Informationsservice der HEK an und erhalte regelmäßig den HEK-Newsletter.

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

Hinweis: Diese freiwilligen Angaben können jederzeit widerrufen werden.

Bitte informieren Sie mich umgehend über: Präventionsprogramme² Befreiung von Zuzahlungen² Zusatzversicherungsangebote² Chronikerprogramme² Wahltarife²

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 eventuellen Fragen zu Ihrem Mitgliedschaftsantrag schnell und unbürokratisch Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, sofern Sie sich damit ausdrücklich einverstanden erklären.

² Die Angaben werden nur für die Versendung von Informationsmaterial an Sie genutzt und anschließend gelöscht.

Datum, Unterschrift _____ **HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE**

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.

