



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **hkk Krankenkasse** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **hkk Krankenkasse** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **hkk Krankenkasse** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **hkk Krankenkasse** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Herzlich willkommen bei der hkk!

## Ja, ich werde Mitglied bei der hkk ab

.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 1 Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Familienstand
Telefonnummer <sup>1)</sup>	Rentenversicherungsnr.
E-Mail <sup>1)</sup>	Steuer-Identifikationsnr.

### 2 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Beschäftigt ab	befristet bis	Name des Arbeitgebers
als		Straße, Hausnr.
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR	PLZ, Ort
Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Telefonnummer
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein	Ja, welches?
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein	Ja, die Verträge sind beigelegt
Ich bin arbeitslos und bekomme <sup>2)</sup>		
Arbeitslosengeld I	Arbeitslosengeld II	ab
Beantragt am	Stammnummer	
Zuständige Agentur für Arbeit/sonstige		
Zuletzt vor Beginn meiner hkk-Mitgliedschaft war ich versichert als		
von	bis	Mitglied Familienangehörige/r
Name und Anschrift der Krankenkasse		
Ich bin selbstständig tätig	Nein Ja	Beamter/Pensionär
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen <sup>2)</sup>	Nein Ja	Mehrfachbeschäftigung
Renantrag gestellt	Nein Ja	Student
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit <sup>2)</sup>		Nein Ja

### 3 Ich beauftrage die hkk

meine Familienangehörigen beitragsfrei in der Familienversicherung mitzuversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

mir den monatlichen Newsletter an meine oben genannte E-Mail-Adresse zu senden.

### 4 Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten dauerhaft, auch über eine Beendigung der Versicherung oder eine erfolgte Kündigung hinaus oder bis auf Widerruf zur schriftlichen und ggf. auch telefonischen Kontaktaufnahme durch die hkk gespeichert und genutzt werden dürfen, um mich über Produkte und Leistungen der hkk zu informieren und zu beraten.

Ich willige ein, dass die hkk im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten für Krankenkassen meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf, soweit ich diese nicht angegeben habe, und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Absatz 2a Satz 4 EStG). Die hkk unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge für das Beitragsjahr. Die Einwilligung gilt auch für die folgenden Beitragsjahre, es sei denn, die Einwilligung wird schriftlich bei der hkk widerrufen. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll, der hkk vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1)</sup> Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.  
<sup>2)</sup> Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Hinweis: Die persönlichen Daten werden für Zwecke der Kranken- und Pflegeversicherung gemäß § 284 SGB V gespeichert.

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Berater (wird von hkk ausgefüllt)

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice hkk  
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.**

