



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

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

Die Mitgliedschaft bei der **hkk** 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](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **hkk** 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

# 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
Telefon <sup>1)</sup>	Rentenversicherungsnr.
E-Mail <sup>1)</sup>	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder <sup>2)</sup> Nein Ja <b>Bitte Nachweis beifügen.</b>

### 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 beigefügt
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	Mitglied	Familienangehörige/r
von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse
Ich bin selbstständig tätig	Nein Ja	Beamter / Pensionär
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen <sup>2)</sup>	Nein Ja	Mehrfachbeschäftigung
Rentantrag 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.

### 4 Einwilligung und Datenschutz

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

- Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.
- Ich willige ein, dass die hkk im Rahmen der Mitteilungspflichten meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die hkk unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll.
- Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum Unterschrift

Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [hkk.de/datenschutz](http://hkk.de/datenschutz).

<sup>1)</sup> Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

<sup>2)</sup> Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Hinweis: Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

..... - -  
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.**

