



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 als Arbeitnehmer Mitglied bei der hkk ab

.....

#### 1. Angaben zur Person

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

#### 2. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Name des Arbeitgebers					
Straße, Hausnr.					
PLZ, Ort					
Telefon <sup>1)</sup>					
Ich bin bei meinem Arbeitgeber beschäftigt seit					
Mein Beschäftigungsverhältnis beginnt am	Mit Beginn meines neuen Beschäftigungsverhältnisses möchte ich zur hkk wechseln.	Nein	Ja		
Das Beschäftigungsverhältnis ist befristet bis	Das Beschäftigungsverhältnis ist unbefristet.	Ja			
Ich bin tätig als	Arbeitnehmer m/w/d	Auszubildender m/w/d			
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR	Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden		
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein	Ja, welches?			
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein	Ja, die Verträge sind beigefügt			
In den letzten 12 Monaten vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied m/w/d	Familienangehöriger m/w/d			
von	bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse					
Ich bin selbstständig tätig	Nein	Ja	Beamter / Pensionär m/w/d	Nein	Ja
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen <sup>2)</sup>	Nein	Ja	Mehrfachbeschäftigung	Nein	Ja
Renantrag gestellt	Nein	Ja	Student m/w/d	Nein	Ja
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit <sup>2)</sup>				Nein	Ja

#### 3. 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 bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum

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

Unterschrift

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. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [hkk.de/datenschutz](http://hkk.de/datenschutz). Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie „Ihren Partner beim Krankenkassenwechsel!“ gemäß § 13 Abs. 1 SGB X zu Ihrer Vertretung (Datenübermittlung an die hkk Krankenkasse und Auskünfte zum Antragsprozess) beim Wechsel zur hkk. Die Vollmacht endet mit Beginn der Mitgliedschaft bei der hkk.

.....

Interne hkk Seriennummer  
(Wird von der hkk ausgefüllt)

1 7 2 0 3 2 2 - .....

Berater (Wird von der 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.**

