



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

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 als Selbstständige/r Mitglied bei der hkk ab

1 Angaben zur Person

| | |
|-----------------------|--|
| Name | Geburtsort |
| ggf. Geburtsname | Geburtsdatum |
| Vorname | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Straße, Hausnr. | Staatsangehörigkeit |
| PLZ, Wohnort | Familienstand |
| Telefon ¹⁾ | Rentenversicherungsnr. |
| E-Mail ¹⁾ | Steuer-Identifikationsnr. |
| | Kinder ²⁾ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte Nachweis beifügen. |

2 Angaben zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Ich wünsche eine freiwillige Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.
 ohne Anspruch auf Krankengeld.

Beginn der Selbstständigkeit

Jahresgewinn (nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts) EUR **Bitte eine Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides beifügen!**

Bei erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit: geschätzter jährlicher Gewinn EUR **Bitte Gewerbeanmeldung und ggf. Leistungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen!**

Sonstige jährliche Einnahmen (z. B. Miet- und Kapitalerträge) EUR

3 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Mein Partner ³⁾ ist gesetzlich krankenversichert Ja Nein. **Wir bitten um folgende Angaben und entsprechende Einkommensnachweise:**

Eigene Bruttoeinkünfte Ihres Partners ³⁾ in Höhe von monatlich EUR sowie Sonderzahlungen EUR

Anzahl der gemeinsamen und unterhaltsberechtigten Kinder

Zuletzt vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als Mitglied Familienangehörige/r

von bis

Name und Anschrift der Krankenkasse

Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen ²⁾ Nein Ja Beamter / Pensionär Nein Ja

Rentenantrag gestellt Nein Ja

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.

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.
²⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.
³⁾ Ehepartner/Ehepartnerin bzw. eingetragener Lebenspartner/eingetragene Lebenspartnerin

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.

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.

