



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **hkk** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail ([info@krankenkasseninfo.de](mailto:info@krankenkasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **hkk** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **hkk** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

**Übrigens:** Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **hkk** wählen.

In diesem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **hkk** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Familienstand
Telefon <sup>1)</sup>	Rentenversicherungsnr.
E-Mail <sup>1)</sup>	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Bitte Nachweis beifügen.</b>

### 2. Ich beauftrage die hkk

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

### 3. Angaben zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Ich wünsche eine freiwillige Versicherung	<input type="checkbox"/> mit Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.
	<input type="checkbox"/> ohne Anspruch auf Krankengeld.
Beginn der Selbstständigkeit	.....
Jahresgewinn (nach den allg. Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts)	..... EUR <b>Bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen!</b>
Bei erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit: geschätzter jährlicher Gewinn	..... EUR <b>Bitte Gewerbeanmeldung und ggf. Leistungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen!</b>
Sonstige jährliche Einnahmen (z.B. Miet- und Kapitalerträge)	..... EUR

### 4. Angaben zur freiwilligen Mitgliedschaft

Ich bin	<small>Erwerblosler, Rentenanspruchsteller, Rentner, Kind, Schüler, Student, Beamter, etc. m/w/d</small>	
Art der Einnahmen	<small>Miet- und Kapitalerträge, Renten, Versorgungsbezüge, Beamten-Dienstbezüge, Pensionen, Sozialhilfeleistungen, etc.</small>	
Höhe der Einnahmen monatlich	..... EUR	<b>Bitte eine Kopie des letzten Einkommensteuerbescheides beifügen!</b>
Wird von Ihnen eine Einkommensteuererklärung abgegeben	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

### 5. Ich bin Student/Studentin

Studienbeginn	<b>Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.</b>			
Matrikelnummer	.....			
<input type="checkbox"/> Erststudium	<input type="checkbox"/> Zweitstudium	<input type="checkbox"/> Aufbaustudium	<input type="checkbox"/> Promotionsstudium	
Name der Hochschule	.....			
Haben Sie Versicherungsansprüche nach über- oder zwischenstaatlichem Recht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			
Ich arbeite neben meinem Studium				
Wöchentliche Arbeitszeit	..... Stunden	Monatliches Brutto-Erwerbseinkommen	..... EUR	
<input type="checkbox"/> selbstständig tätig ab	.....			
<input type="checkbox"/> beschäftigt als Arbeitnehmer/Arbeitnehmerin ab	.....			
Name/Anschrift des Arbeitgebers	.....			

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

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

## 6. Ich bin Rentner/Rentnerin

Ich erhalte seit dem			
eine monatliche Rente von:	Deutsche Rentenversicherung Bund / der Länder		
	Andere:		
	Versorgungsbezüge (Betriebsrenten, Pensionen, etc.)		
Name und Anschrift der Zahlstelle:	monatlicher Bruttobetrag:	Aktenzeichen:	
	EUR		
	EUR		

**Bitte Kopien der jeweiligen letzten Rentenmitteilung beifügen!**

Ich bin selbstständig	Nein	Ja
Falls ja, monatliche Einkünfte	EUR	<b>Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beifügen!</b>
Wöchentlicher Zeitaufwand	Stunden	

## 7. Bezieher von Arbeitslosengeld I/II

Ich bekomme ab	Arbeitslosengeld I	Arbeitslosengeld II
Beantragt am	Stammnummer	
Zuständige Agentur für Arbeit/Sonstige		

**Bitte Kopie des letzten Leistungsbescheides beifügen!**

## 8. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Mein Partner <sup>3)</sup> ist gesetzlich krankenversichert	Ja	Nein.	<b>Wir bitten um folgende Angaben und entsprechende Einkommensnachweise:</b>			
Eigene Bruttoeinkünfte meines Partners <sup>3)</sup> in Höhe von monatlich	EUR	sowie Sonderzahlungen		EUR	EUR	
Anzahl der gemeinsamen und unterhaltsberechtigten Kinder						
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						
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen <sup>4)</sup>	Nein	Ja	Beamter / Pensionär m/w/d	Nein	Ja	
Rentantrag gestellt	Nein	Ja	Student m/w/d	Nein	Ja	
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit <sup>4)</sup>				Nein	Ja	

## 9. 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

Unterschrift

<sup>3)</sup> Ehepartner m/w/d bzw. eingetragener Lebenspartner m/w/d  
<sup>4)</sup> Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

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](https://www.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.

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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

