



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.krankenkaserneninfo.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 **KKH** 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@krankenkaserneninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



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

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **KKH** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **KKH** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Frau Herr Akad. Grad _____

Name, Vorname _____

Ggf. Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht: weiblich männlich divers*

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon/mobil** _____

E-Mail** _____

ledig verheiratet verwitwet

geschieden verpartnert***

_____ noch keine vorhanden

Rentenversicherungsnummer _____

Krankenversicherungsnummer (KVNR) _____

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Arbeitgeberwechsel
- Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Aufnahme eines Studiums
- Ablauf der Bindefrist
- Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Wechsel aus anderen Gründen

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
- Rentner(in)/ Pensionär(in) Selbstständige(r)
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____

Ort _____

beschäftigt seit/studiere ab _____

mtl. Bruttoentgelt (EUR) _____

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
- Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Art der Beteiligung _____

- Ich habe eine weitere Beschäftigung.
- Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.
- Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

Ich war zuletzt versichert:

von _____

bis _____

Name der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische) _____

Anschrift der o. g. Krankenkasse _____

im Ausland _____

Zuzug in Deutschland am _____

Internationale Versicherungsnummer _____

Ich war versichert als:

- Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- familienversichert
- noch nie in Deutschland versichert

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung.
(SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Sonstige Angaben

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
- Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

krankenkassennetz.de GmbH

Name, Vorname _____

Einwilligungserklärungen

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail oder Telefon informiert und zu diesen Zwecken **auch meine Kontaktdaten** bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH **speichert, verarbeitet und nutzt**.

- Kundenbefragung, KKH Produkte und Services
- private Zusatzversicherungen

Diese Einwilligungen sind freiwillig und ich kann sie jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Pflegekasse bei der KKH

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.
(Bitte Nachweis beifügen.)

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

X

Datum _____

Unterschrift _____

KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,
Telefon 0800 5548640554, service@kkh.de, kkh.de

* divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG ** freiwillige Angaben *** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice KKH
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.

