



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen.  
Um in die KKH zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse (Musterkündigung in der Anlage). Die Kündigungsfrist beträgt 2 Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse muss Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag zu uns. Alternativ können Sie uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29).
4. Die KKH sendet Ihnen die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu.
5. Sie legen die Mitgliedsbescheinigung der KKH bei Ihrem Arbeitgeber vor Ablauf der Kündigungsfrist vor.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren brauchen Sie nicht zu kündigen sondern können uns den Mitgliedsantrag direkt zuschicken. Bitte schreiben Sie dann genau dazu, welcher Grund zum Wechsel in die KKH vorliegt.

Sollten Sie Familienmitglieder mitversichern füllen Sie bitte auch den [Familierversicherungsbogen](#) aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die KKH für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Beitrittserklärung

## Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum \_\_\_\_\_ Mitglied der KKH.

Herr  Frau Anredezusatz \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Land (Wohnort) \_\_\_\_\_ Land d. Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Bei Wohnort im Ausland: PLZ des nahegelegendsten Ortes in Dtl. \_\_\_\_\_

Telefon/mobil\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  verpartnert\*\*

\_\_\_\_\_  noch keine vorhanden  
Rentenversicherungsnummer

## Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

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

Name Arbeitgeber/Hochschule \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. \_\_\_\_\_ 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).

\* Freiwillige Angaben

\*\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

## Ich war zuletzt ...

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)  
 familienversichert  
 privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

## Zusätzliche Angaben bei Studenten

- Ich studiere im \_\_\_\_\_ Fachsemester  Bachelor  Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)

## 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 Versorgungssamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

## Service

Ich bin damit einverstanden, dass zu den unten angekreuzten Themen meine Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und man mich per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH widerrufen kann.

- zu Zwecken der Kundenbefragung bzw. KKH Produkte und Services  
 private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners

## 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 rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der KKH erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften der §§ 53 und 284 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf) und § 94 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elf) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag wird hiermit unterschriftlich bestätigt.

\_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

geworben durch: krankenkassennetz.de GmbH

**KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

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

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

