



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **KKH** 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).

Die **KKH** 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

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

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.

