



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 das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **KKH** unkompliziert möglich.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **KKH** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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 Befristung
- 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](http://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](mailto:service@kkh.de), [kkh.de](http://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.**

