



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

Guten Tag,

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

Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **Knappschaft** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **Knappschaft** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftsantrag

für die Kranken- und Pflegeversicherung

KNAPPSCHAFT
 Markt + Vertrieb
 45095 Essen

Kostenfreies Servicetelefon: 0 800 7245 900

Faxnummer: 0 800 7245 901

E-Mail: kundenservice-info@knappschaft.de

www.knappschaft.de

kranken Kassennetz.de

Ja, ich möchte ab ____ . ____ . ____ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Name		Vorname	Staatsangehörigkeit
Geburtsdatum		Geburtsort	Geburtsname
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Telefonnummer*		E-Mail* <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren.**	
Familienstand*: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet			

ANGABEN ZUM BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Ich bin seit dem / ab _____ bei der _____	
Name und Anschrift der Krankenkasse	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am _____	
Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.	
Kündigungsbestätigung <input type="checkbox"/> ist beigefügt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ich bin seit dem _____ bei _____ <small>Name des Krankenversicherungsunternehmens</small> privat versichert	

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

Ich bin	
<input type="checkbox"/> seit dem / ab _____ beschäftigt	
bei _____ <small>Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer</small>	
<input type="checkbox"/> seit dem _____ selbstständig tätig	
<input type="checkbox"/> Rentner / Rentnerin - Bitte Anlage für Rentenbezieher ausfüllen -	
<input type="checkbox"/> Student / Studentin - Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen -	
<input type="checkbox"/> seit dem _____ arbeitslos und erhalte / erwarte	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (Hartz IV)***

WEITERE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben).
--

Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von _____ Uhr bis _____ Uhr, Rufnummer* _____

Datum Unterschrift

* Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

** Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT meine oben genannten Daten intern zu dem oben genannten Zweck speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel.

*** Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice Knappschaft
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.

