



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

Servicetelefon: 0 8000 200 501 (kostenfrei)

Fax: 0234 304 11490

E-Mail: krankenversicherung@knappschaft.de

www.knappschaft.de

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

ANGABEN ZUR PERSON

<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 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

KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Ich bin seit dem / ab _____ bei folgender Krankenkasse pflicht- / freiwillig- / familienversichert

NAME UND ANSCHRIFT DER KRANKENKASSE _____

Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am _____

Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.

Ich bin seit dem _____ privat krankenversichert

NAME DES KRANKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMENS _____

TÄTIGKEIT

Ich stehe seit dem / ab _____ in einem Beschäftigungsverhältnis bei _____

NAME UND ANSCHRIFT DES ARBEITGEBERS / TELEFONNUMMER _____

Ich bin selbständig tätig seit _____

WEITERE ANGABEN

Ich beziehe Arbeitslosengeld seit**** _____

Arbeitslosengeld II (Hartz IV) seit**** _____

Ich beziehe Rente seit**** _____ von _____

NAME DES RENTENVERSICHERUNGSTRÄGERS _____

Ich beziehe der Rente vergleichbare Einnahmen (z. B. Betriebsrente, Versorgungsbezüge).****

Bei mir liegt ein Unfall- / Versorgungsleiden vor.****

Ich bin Student (Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen)

LEISTUNGSBEZUG DER KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG

Ich beziehe seit*** _____ Krankengeld Pflegegeld

sonstige Leistungen _____

BITTE LEISTUNG EINTRAGEN

Ich bin von der Zuzahlung zu Arznei-, Verband-, Heilmitteln usw. befreit.

Ich habe Familienangehörige, die bei der Knappschaft beitragsfrei mitversichert werden sollen:

Ja (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben) Nein

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

DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____

* Freiwillige Angabe.

** 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 die Klausel.

*** Freiwillige Angabe zur lückenlosen Leistungsübernahme.

**** 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.

