



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 **Knappschaft** 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@krankenkasseninfo.de).

Die **Knappschaft** 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

Ja, ich möchte ab (TTMMJJJJ) _____ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

Persönliche Angaben

Anrede _____ Titel _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____ Staatsangehörigkeit _____

Geschlecht: weiblich männlich unbestimmt divers Familienstand*: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Land _____

Krankenversicherternummer _____ Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) _____

Bei Rückfragen erreichen Sie mich telefonisch* _____

per E-Mail* _____ * freiwillige Angabe

Angaben zum Personenkreis (Mehrfachnennung möglich)

Ich bin seit (TTMMJJJJ) _____ beschäftigt (kein Minijob) in Ausbildung in Elternzeit

Name des Arbeitgebers _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

ich beziehe Arbeitslosengeld I ich beziehe Arbeitslosengeld II ich bin Rentnerin/Rentner (Bitte Anlage für Rentner ausfüllen)

ich bin selbstständig tätig ich bin Studentin/Student (Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen)

Angaben zum bisherigen Versicherungsverhältnis

Name der Krankenkasse _____

von (TTMMJJJJ) _____ bis (TTMMJJJJ) _____ pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert

Zuzug aus dem Ausland privat versichert bei _____

Angaben zum Grund des Krankenkassenwechsels

Ich werde zum (TTMMJJJJ) _____ den Arbeitgeber wechseln pflichtversichert (z. B. als Arbeitnehmer, Rentner)

Ich möchte die Mitgliedschaft bei meiner Krankenkasse kündigen (Bindungsfrist von mindestens 12 Monaten ist erfüllt) Meine bisherige Krankenkasse erhöht den Zusatzbeitragsatz (Sonderkündigungsrecht)

Weitere Angaben

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen. (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben)

Meine Unterschrift

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte beachten Sie die beiliegenden Informationen zum Datenschutz. Diese finden Sie auch online unter www.knappschaft.de/datenschutz

Nur für interne Zwecke

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr. _____ MA - 4i-Kennung _____ BBNR AG _____ Adressquelle _____

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

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

