



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 das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **Knappschaft** 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 (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

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

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.

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Anlage zum Aufnahmeantrag

- Ich bin seit dem _____ Student (**bitte Studienbescheinigung beifügen**)
- Ich erhalte kein Arbeitsentgelt und bin seit dem _____
- zur Berufsausbildung beschäftigt (**bitte Berufsausbildungsvertrag beifügen**).
- Praktikant (**bitte Praktikumsvertrag beifügen**).
- Auszubildender des zweiten Bildungswegs (die Ausbildungsstätte ist förderungsfähig nach dem BAföG) (**bitte Nachweis über den Schulbesuch beifügen**).
- Der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung ist von mir nicht zu zahlen, da ich ein Kind habe/hatte.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Ein entsprechender Nachweis über meine Elterneigenschaft (z. B. Geburtsurkunde)

ist dem Antrag beigelegt. liegt bereits vor.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Knappschaft die Höhe der im jeweiligen Kalenderjahr gezahlten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie eventuell erstatteten Beiträge oder geleisteten Prämien bzw. Bonuszahlungen an die Finanzverwaltung übermittelt.

Meine persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kann die Steueridentifikationsnummer nicht angegeben werden, ist die Knappschaft mit der Einwilligung in die Datenübermittlung auch berechtigt, die Steueridentifikationsnummer beim Bundeszentralamt für Steuern zu erfragen.

- Ich wünsche keine Übermittlung meiner Daten an die Finanzverwaltung.

Seit dem 1. Januar 2010 können die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch die Versicherten steuerlich besser geltend gemacht werden.

Die Knappschaft als Krankenkasse hat spätestens bis zum 28. Februar des Folgejahres für das abgelaufene Kalenderjahr die Höhe der selbst durch die Mitglieder gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung zu melden. Die Meldung an die Finanzverwaltung kann jedoch nur für die Mitglieder erfolgen, die der Datenübermittlung zustimmen. Aufgrund der Meldung werden die Beitragszahlungen bei Ihrer Einkommensteuererklärung berücksichtigt. Von unserer Meldung an die Finanzverwaltung erhalten Sie automatisch einen Abdruck für Ihre Unterlagen.

Wenn Sie nicht in die Datenübermittlung einwilligen, können Ihre tatsächlich gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht in voller Höhe bei Ihrer Einkommensteuererklärung berücksichtigt werden; Sie können diese lediglich im Rahmen einer Pauschale als sonstige Vorsorgeaufwendungen geltend machen.

Erstattete Beiträge sowie ausgeschüttete Prämien (z. B. für den Wahltarif Selbstbehalt) bzw. Bonuszahlungen für gesundheitsbewusstes Verhalten sind ebenfalls zu melden. Dagegen können gezahlte Prämien für Wahltarife und Zusatzversicherungen nicht an die Finanzverwaltung gemeldet werden.

Hinweis: Die Daten werden an die Finanzverwaltung gemeldet, unabhängig davon, ob das Mitglied zur Einkommensteuer veranlagt ist bzw. eine Einkommensteuererklärung abgibt. Sofern z. B. ein Elternteil die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für das studierende Kind übernimmt, können diese bei der Einkommensteuererklärung des Elternteils von der Finanzverwaltung berücksichtigt werden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte fügen Sie die entsprechenden Nachweise (Studienbescheinigung, Ausbildungsvertrag, etc.) bei.

Wir nehmen Ihnen eine Last ab

Sie können die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Knappschaft von Ihrem Girokonto per Lastschrift einziehen lassen. Das bringt Ihnen viele Vorteile!

- **Bequem** Pünktliche Abbuchung der Beiträge von Ihrem Girokonto.
- **Korrekt** Die jeweils fälligen Beiträge werden abgebucht. Auch bei Krankheit und Urlaub ist kein Vergessen möglich.
- **Sicher** Ihrer Meinung nach ungerechtfertigte Lastschriften können Sie ohne Umstände rückgängig machen. Widerruf Ihres SEPA-Lastschriftmandats ist jederzeit möglich.

Ich wünsche, dass die von mir zu entrichtenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von meinem Konto mittels Lastschrift eingezogen werden. Bitte senden Sie mir hierzu ein SEPA-Lastschriftmandat zu.

Ich werde die monatlichen Beiträge zum Fälligkeitstermin (15. des Folgemonats) selbst an die Knappschaft überweisen.

Ort, Datum

Unterschrift

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.

