

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie den Antrags- und Wechselservice über Krankenkassen.world nutzen.

Selbstverständlich zahlen Sie zu keinem Zeitpunkt doppelt und Sie sind während des gesamten Wechselprozesses lückenlos versichert, sodass Sie jederzeit mit Ihrer Karte zum Arzt gehen können.

Um nun Mitglied in der neuen Kasse zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft aus und senden Sie diesen im Freiumschlag (anbei), per E-Mail (service@krankenkassen.world) oder per Fax (0621 490 733 20) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die neue Krankenkasse zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von Ihrer neuen Krankenkasse erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Neuer Mitgliedschaftsbeginn:

Generell: Zum 1. des überübernächsten Monats (Bsp. Antragsdatum 20.03. --> Beginn 01.06.)

Ausnahme:

- Arbeitgeberwechsel: Datum des 1. Arbeitstags beim neuen Arbeitgeber
- Beitragserhöhung der alten Kasse: Zum 1. des übernächsten Monats

Wenn Sie unsicher sind, wählen Sie beim Beginn einfach den nächsten Monatsersten. Ihr tatsächlicher Beginn wird dann ggf. nachträglich angepasst.

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde Mitglied bei der hkk ab

.....

1 Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Familienstand
Telefon ¹⁾	Rentenversicherungsnr.
E-Mail ¹⁾	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder ²⁾ Nein Ja Bitte Nachweis beifügen.

2 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Beschäftigt ab	befristet bis	Name des Arbeitgebers
als		Straße, Hausnr.
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR	PLZ, Ort
Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Telefonnummer
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein	Ja, welches?
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein	Ja, die Verträge sind beigefügt
Ich bin arbeitslos und bekomme ²⁾	Arbeitslosengeld I	Arbeitslosengeld II ab
Beantragt am	Stammnummer	
Zuständige Agentur für Arbeit /sonstige		
Zuletzt vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied	Familienangehörige/r
von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse
Ich bin selbstständig tätig	Nein Ja	Beamter / Pensionär Nein Ja
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen ²⁾	Nein Ja	Mehrfachbeschäftigung Nein Ja
Rentantrag gestellt	Nein Ja	Student Nein Ja
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit ²⁾		Nein Ja

3 Ich beauftrage die hkk

..... meine Familienangehörigen beitragsfrei in der Familienversicherung mitzuversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

4 Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

- Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.
- Ich willige ein, dass die hkk im Rahmen der Mitteilungspflichten meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die hkk unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll.
- Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.


Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter hkk.de/datenschutz.

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.
²⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Hinweis: Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

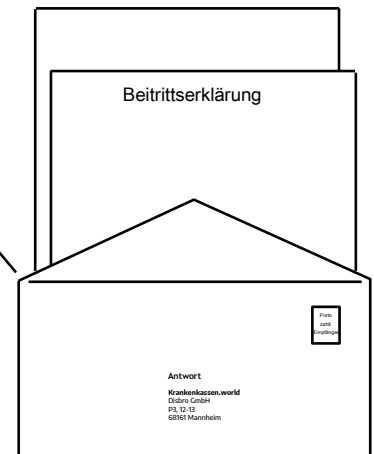
Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

Krankenkassen.world
Disbro GmbH
P3, 12-13
68161 Mannheim

... 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 uns senden



Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.