



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.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 kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **hkk** 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@kranken Kassennetz.de).

Die **hkk** 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

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde als Arbeitnehmer Mitglied bei der hkk ab

1. Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsland
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☒ unbestimmt (X)
PLZ, Wohnort	Staatsangehörigkeit
Telefon ¹⁾	Familienstand
E-Mail ¹⁾	Rentenversicherungsnr.

2. Ich beauftrage die hkk

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

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis

Name des Arbeitgebers	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon ¹⁾	
Beginn der Beschäftigung	
Ich bin tätig als	Arbeitnehmer m/w/d/X ☐ Auszubildender m/w/d/X ☐
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR Wöchentliche Arbeitszeit Stunden
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein ☐ Ja, welches?
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein ☐ Ja, die Verträge sind beigelegt ☐
Ich bin selbstständig tätig	Nein ☐ Ja ☐ Beamter / Pensionär m/w/d/X ☐ Nein ☐ Ja ☐
Rentenbezug/Rentantrag gestellt	Nein ☐ Ja ☐
Rentenähnliche Einnahmen ²⁾	Nein ☐ Ja ☐ Student m/w/d/X ☐ Nein ☐ Ja ☐
Von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung, Pflegeversicherung oder Rentenversicherung befreit ²⁾	Nein ☐ Ja ☐
Vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied m/w/d/X ☐ Familienangehöriger m/w/d/X ☐
von	bis
Name der Krankenkasse	

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 bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum

Unterschrift

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

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. Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter [hkk.de/datenschutz](https://www.hkk.de/datenschutz). Mit Ihrer Unterschrift bevollmächtigen Sie „Ihren Partner beim Krankenkassenwechsel“ gemäß § 13 Abs. 1 SGB X zu Ihrer Vertretung (Datenübermittlung an die hkk Krankenkasse und Auskünfte zum Antragsprozess) beim Wechsel zur hkk. Die Vollmacht endet mit Beginn der Mitgliedschaft bei der hkk.

_____-_____
 Interne hkk Seriennummer
 (Wird von der hkk ausgefüllt)

1720322 - _____
 Berater (Wird von der hkk ausgefüllt)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice hkk
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.

