

Mitglied werden bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

- 1.** Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.
- 2.** Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.
- 3.** Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere. Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:
 - per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/23>
 - per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
 - per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
 - per Post: Bitte schicken an
- 4.** Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

Hinweise: Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

Datenschutz: Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.
Mehr Infos auf www.kassensuche.de/datenschutz
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.kassensuche.de/agb

Online-Beitrittserklärung

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Herr Frau Anredezusatz _____

Vor- und Zuname _____

Ggf. Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Land (Wohnort) _____

Land d. Arbeitgebers _____

Bei Wohnort im Ausland: PLZ des nahegelegendsten Ortes in Dtl. _____

Telefon/mobil* _____

E-Mail* _____

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert**

noch keine vorhanden

Rentenversicherungsnummer _____

Ich bin ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)

Schüler(in) Beamter(in) Rentner/Pensionär

Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

beschäftigt seit/studiere ab _____ mtl. Bruttoentgelt (EUR)

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Art der Beteiligung _____

Ich habe eine weitere Beschäftigung.

Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

* Freiwillige Angaben

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Ich war zuletzt ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen.)

familienversichert

privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen.)

von _____

bis _____

bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester Bachelor Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich.)

Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

Sonstiges/weitere Angaben

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)

Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung.)

Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Service

Ich willige ein, dass die KKH mich zukünftig auch über private Zusatzversicherungen ihres Kooperationspartners per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesem Zweck auch die von mir angegebenen Daten speichert, verarbeitet und nutzt. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Pflegekasse bei der KKH

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen.)

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der KKH erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften der §§ 53 und 284 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf) und § 94 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elf) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag wird hiermit unterschriftlich bestätigt.

Datum _____

Unterschrift _____

KKH, Hauptverwaltung, 30144 Hannover
Telefon 0511 2802-0, Telefax 0511 2802-2196
service@kkh.de, www.kkh.de

KKH Kaufmännische
Krankenkasse

über gesetzlicheKrankenkassen.de

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche

Erklärung* zum Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung)

Hiermit willige ich ein, dass die zur Ermittlung der steuerlichen abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und sozialen Pflegeversicherung bestimmten personenbezogenen Daten (Name, Versicherungsdaten, Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID), geleistete und erstattete Beiträge) den Finanzverwaltungen übermittelt werden. Sofern die Steuer-ID nachstehend nicht eingetragen oder nicht zutreffend ist, umfasst diese Einwilligung ebenfalls die Einwilligung zur Abfrage der Steuer-ID auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern.

Steuer-ID | | | | | | | | | | | | | | | | (bitte ausfüllen soweit bekannt)

Die Steuer-ID ist 11-stellig (ohne Buchstaben) und beginnt nicht mit einer 0, 1, 2 oder 3. Bitte verwechseln Sie die ID nicht mit Ihrer Steuernummer (pro Person eine Steuer-ID).

Hiermit willige ich nicht ein, dass eine Datenübermittlung an die Finanzverwaltungen erfolgt. Mir ist bewusst, dass sich die steuerliche Abzugsfähigkeit der Beiträge zur Kranken- und sozialen Pflegeversicherung mindern bzw. entfallen kann, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder nach Erteilung von meinem Recht Gebrauch mache, die Einwilligung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Besondere Hinweise für Arbeitnehmer und Rentenbezieher:

Die Arbeitgeber melden die gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung im Lohnsteuerbescheinigungsverfahren sowie die Rentenversicherungsträger im Rentenbezugsmitteilungsver-

fahren direkt an die Finanzverwaltung. Aufgrund der Meldungen der Arbeitgeber und der Rentenversicherungsträger ist die Krankenkasse gleichzeitig verpflichtet, eine Beitragserrstattung, eine Prämienzahlung (Wahltarif) oder eine Bonuszahlung (Pro Boni, IGV) an die Finanzverwaltung zu melden. Der Übermittlung von erstatteten Beiträgen und der Abfrage der Steuer-ID kann deshalb nicht widersprochen werden.

* Die KKH darf die erforderlichen Daten der Pflegekasse bei der KKH zur Weiterleitung an die Finanzverwaltungen erheben und die Pflegekasse darf die Daten zu diesem Zweck an die KKH übermitteln.

Meine Empfehlungen

Nachfolgende Personen möchten Informationen (auch gerne telefonisch) zur Mitgliedschaft bei der KKH:

Name, Vorname

Telefonnummer

PLZ, Ort

Straße

Name, Vorname

Telefonnummer

PLZ, Ort

Straße

Ich bin damit einverstanden, dass die KKH meine Daten im Zusammenhang mit der Empfehlung nutzt und speichert. Der Interessent (Meine Empfehlung) ist damit einverstanden, dass seine oben genannten Daten gespeichert und genutzt werden, um ihn informieren und beraten zu können, und er zu diesen Zwecken angerufen wird. Dem Interessenten und mir ist bekannt, dass wir diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen können.

Durch meine Unterschrift bestätige ich die oben abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift

An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift