

Mitglied werden bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <http://kassensuche.de/antrag/23>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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

Beitrittserklärung

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Frau Herr Akad. Grad _____

Name, Vorname _____

Ggf. Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht: weiblich männlich divers*

Geburtsort _____

Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon/mobil** _____

E-Mail** _____

ledig verheiratet verwitwet

geschieden verpartnert***

_____ noch keine vorhanden

Rentenversicherungsnummer _____

Krankenversicherungsnummer (KVNR) _____

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Arbeitgeberwechsel
- Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Aufnahme eines Studiums
- Ablauf der Bindefrist
- Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Wechsel aus anderen Gründen

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
- Rentner(in)/ Pensionär(in) 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).

Ich war zuletzt versichert:

von _____

bis _____

Name der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische) _____

Anschrift der o. g. Krankenkasse _____

im Ausland _____

Zuzug in Deutschland am _____

Internationale Versicherungsnummer _____

Ich war versichert als:

- Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- familienversichert
- noch nie in Deutschland versichert

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung.
(SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

Sonstige 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.

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Name, Vorname _____

Einwilligungserklärungen

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail oder Telefon informiert und zu diesen Zwecken **auch meine Kontaktdaten** bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH **speichert, verarbeitet und nutzt**.

- Kundenbefragung, KKH Produkte und Services
- private Zusatzversicherungen

Diese Einwilligungen sind freiwillig und ich kann sie 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 Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

X

Datum _____

Unterschrift _____

KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,
Telefon 0800 5548640554, service@kkh.de, kkh.de

* divers im Sinne des § 22 Abs. 3 PStG ** freiwillige Angaben *** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Absender:

Arbeitgeber

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift