

KKH Beitrittserklärung

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Frau Herr Anredezusatz _____

Name, Vorname _____

Ggf. Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon/mobil* _____

E-Mail* _____

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert**
_____ noch keine vorhanden

Rentenversicherungsnummer _____

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
 Rentner/Pensionär Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen)
 Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. _____ 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 ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)
 familienversichert
 privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen).

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zuzug aus dem Ausland am _____
 Ich war bislang in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert.

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester Bachelor Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)

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.

Service

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken auch meine Kontaktdaten speichert, verarbeitet und nutzt.

Kundenbefragung
 KKH Produkte und Services
 private Zusatzversicherungen der KKH Kooperationspartner
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 Fünft) 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.

_____ **X** _____
Datum Unterschrift

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

* Freiwillige Angaben

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