

# 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.

\_\_\_\_\_ Datum **X** \_\_\_\_\_ 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.