



# KKH Beitrittserklärung

## KKH Declaration of Membership

### Allgemeine Angaben zum Mitglied General information on the member

Ja, ich werde zum \_\_\_\_\_ Mitglied der KKH.  
Yes, I wish to become a member of the KKH from (date).

Frau  Herr Anredezusatz \_\_\_\_\_  
Ms Mr Title

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
Last name, first name

\_\_\_\_\_  
Ggf. Geburtsname Geburtsdatum  
Name at birth (if appl.) Date of birth

\_\_\_\_\_  
Geburtsort Staatsangehörigkeit  
Place of birth Nationality

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
Street, number

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort  
Postcode, city/town

\_\_\_\_\_  
Telefon/mobil\*  
Telephone/mobile\*

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*  
E-mail\*

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  verpartnert\*\*  
single married widowed divorced civil partnership\*\*

\_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnummer  noch keine vorhanden  
National Insurance number No number available yet

\* Freiwillige Angaben  
Optional information

\*\* Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.  
Civil partners are same-sex individuals who have declared a registered partnership in accordance with the Civil Partner Act (LPartG).

### Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz General information on insurance coverage

Ich bin ...  
I am ...

Arbeitnehmer(in)  Auszubildende(r)  Student(in)  
an employee a trainee a student  
 Rentner/Pensionär  Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen)  
a pensioner self-employed (please complete application for earnings-related contribution assessment)

Sonstiges \_\_\_\_\_  
other

\_\_\_\_\_  
Name Arbeitgeber/Hochschule  
Name of employer company/university

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
Street, number

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort  
Postcode, city/town

\_\_\_\_\_  
beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. mtl. Bruttoentgelt (EUR)  
employed since/studying since/until monthly gross pay (EUR)

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.  
I am related/related by marriage to the employer.

Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.  
I am a shareholder in the firm (company).

\_\_\_\_\_  
Art der Beteiligung  
Nature of holding/participation

Ich habe eine weitere Beschäftigung.  
I have another employment.

Ich bin (daneben) seit \_\_\_\_\_ selbstständig erwerbstätig.  
I have been self-employed (in addition) since

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).  
I receive a pension (e.g. orphan's, widow's, occupational pension or tax-privileged pension benefits).

## Ich war zuletzt ...

### Most recently, I was ...

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)  
a member of a statutory health insurance company (please attach confirmation of notice)
- familienversichert  
covered by family insurance
- privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen).  
privately health insured (please attach current proof of insurance).

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei der Krankenkasse (gesetzlich oder privat)  
from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ with the insurance company (statutory or private)

- Zuzug aus dem Ausland am \_\_\_\_\_  
Moved here from abroad on \_\_\_\_\_
- Ich war bislang in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert.  
I have never had statutory health insurance in Germany.

## Zusätzliche Angaben bei Studenten

### Additional information for students

- Ich studiere im \_\_\_\_\_ Fachsemester  Bachelor  Magister  
I am in the \_\_\_\_\_ study semester Bachelor Master

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)  
Degree course (please attach your student registration confirmation.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)  
I would like make monthly payments. (direct debit authorisation necessary)

## Sonstige Angaben

### Other information

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)  
I wish to have family members insured free-of-charge. (please also complete the application for family insurance)
- Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)  
I have children. (important for contribution assessment for care insurance)
- Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsam, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.  
I have recognised benefit entitlements vis-à-vis the pensions office, a employers' liability pension association or other carriers.

Die KKH wurde mir empfohlen durch:  
KKH was recommended to me by:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
Last name, first name

Der/Die Empfehler/in ist mit der Weitergabe der o. g. Daten für die Auszahlung einer Prämie einverstanden.  
The recommending person agrees to the provision of the above data for the disbursement of a bonus.

## Einwilligungserklärung

### Declaration of consent

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.  
I give permission to the KKH to send me information by email, telephone, fax or text message regarding the topics with the ticked boxes below, and also to save, *process and use my contact information* for these purposes.

- Kundenbefragung  
Customer survey
- KKH Produkte und Services  
KKH products and services
- private Zusatzversicherungen der KKH Kooperationspartner  
private additional insurance of KKH cooperation partners

Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.  
I may withdraw this consent at any time by informal declaration to the KKH, e.g. by telephone, email or letter.

## Pflegekasse bei der KKH

### Nursing care insurance with the KKH

- Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.  
The application includes nursing care insurance with the KKH.
- Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)  
No, I am released from social nursing care insurance. (please attach evidence)

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 280 Abs. 2 SGB IV, § 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](http://kkh.de/datenschutz). Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

The information is required for the fulfilment of the duties of KKH, in particular application processing; the data are collected and processed on the basis of § 280 para. 2 SGB IV, § 284 SGB V and § 94 SGB XI. Further details about data processing and your rights can be found in the enclosed information and on our website [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz). By signing, I confirm the correctness of all information on this application form.

\_\_\_\_\_  
Datum  
Date

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Signature

KKH, Hauptverwaltung, 30144 Hannover  
Telefon 0511 2802-0, Telefax 0511 2802-2196  
[service@kkh.de](mailto:service@kkh.de), [kkh.de](http://kkh.de)

KKH, Main Administration, 30144 Hannover  
Phone 0511 806849303, Fax 0511 2802-2196  
[service@kkh.de](mailto:service@kkh.de), [kkh.de](http://kkh.de)