

# Declaration of membership



Beitrittserklärung



Kaufmännische  
Krankenkasse

## General details of the member

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Yes, I will become member of KKH as of \_\_\_\_\_ .

Ja, ich werde zum (...) Mitglied der KKH.

Ms  Mr  Acad. Title \_\_\_\_\_  
Frau Herr Akad. Grad

Name, First name | Name, Vorname

(if any) Birth name | Ggf. Geburtsname Date of birth | Geburtsdatum

Gender:  female  male  other\*  
Geschlecht: weiblich männlich divers\*

Place of birth | Geburtsort Nationality | Staatsangehörigkeit

Street, house number | Straße, Hausnummer

Postcode | PLZ City | Ort

Telephone/mobile\*\* | Telefon/mobil\*\*

Email\*\* | E-Mail\*\*

single  married  widowed  
ledig verheiratet verwitwet

divorced  partnered\*\*\*  
geschieden verpartnert\*\*\*

Pension insurance number | Rentenversicherungsnummer  not yet available  
noch keine vorhanden

Health insurance number (KVNR) | Krankenversicherungsnummer (KVNR)

## I want to change my health insurance provider for the following reason

Ich möchte aus folgendem Grund die Krankenkasse wechseln

- Change of employer  
Arbeitgeberwechsel
- Beginning of unemployment  
Eintritt in die Arbeitslosigkeit
- Beginning of self-employment  
Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- Starting to study  
Aufnahme eines Studiums
- End of commitment period  
Ablauf der Bindefrist
- Increase of extra premium of my current health insurance provider  
Erhöhung des Zusatzbeitrages meiner bisherigen Krankenkasse
- Change due to other reasons  
Wechsel aus anderen Gründen

## General details for coverage

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

I am ... | Ich bin ...

an employee  a trainee  a student  
Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)

a retiree/a pensioner  
Rentner(in)/Pensionär(in)

self-employed  
Selbstständige(r)  
(Please add application for income-contingent premium calculation.)  
(Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)

Other \_\_\_\_\_  
Sonstiges

Name of employer/university | Name Arbeitgeber/Hochschule

Street, house number | Straße, Hausnummer

Postcode | PLZ City | Ort

employed/enrolled since monthly gross salary (EUR)  
beschäftigt seit/studiere ab mtl. Bruttoentgelt (EUR)

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

I am holding shares in the business (company).  
Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Type of interest held | Art der Beteiligung

I have another employment.  
Ich habe eine weitere Beschäftigung.

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

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

I was insured last: | Ich war zuletzt versichert:

from | von until | bis

at (name and address of the current health insurance (private, statutory, foreign)  
bei (Name und Anschrift der derzeitigen Krankenkasse (private, gesetzliche, ausländische)

in a foreign country \_\_\_\_\_  
im Ausland Move to Germany on | Zuzug in Deutschland am

International insurance number | Internationale Versicherungsnummer



\*other according to § 22 Abs. 3 PStG \*\* optional details \*\*\* Civil partners are same-sex couples that registered their partnership according to the Civil Partnership Act (LPartG).

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

### I was insured:

Ich war versichert als:

- compulsory (e.g. as employee, student, retiree)**  
Pflichtmitglied (z. B. Arbeitnehmer, Student, Rentner)
- voluntarily (e.g. as employee, self-employed, child, student, spouse, etc.)**  
freiwilliges Mitglied (z. B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Kind, Student, Ehegatte usw.)
- via a family insurance**  
familienversichert
- not yet in Germany**  
noch nie in Deutschland versichert

### Additional details for students:

Zusätzliche Angaben bei Studenten:

- I request a monthly premium payment. (A SEPA mandate is required. Please add registration certificate.)**  
Ich beantrage die monatliche Beitragszahlung. (SEPA-Mandat ist erforderlich. Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

### Additional details

Sonstige Angaben

- I would like to include family members free of charge on the insurance. (Please also fill out the family insurance application.)**  
Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen.)
- I have children. (Important for the premium calculation of the care insurance)**  
Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
- I have recognised benefit claims against the pension office, a professional association or other providers.**  
Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

### KKH was recommended to me by:

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Name, First name (The receiver agrees to the disclosure of the above mentioned information for the payment of a bonus.)

Name, Vorname (Der/Die Empfehler/in ist mit der Weitergabe der o.g. Daten für die Auszahlung einer Prämie einverstanden.)

### Declaration of consent

Einwilligungserklärungen

I hereby agree that KKH may contact me regarding the topics crossed below by email, telephone, fax or SMS, and may also **store, process and use my contact details** for these purposes until the end of my insurance relationship with KKH.

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.

- Customer survey, KKH Products and Services**  
Kundenbefragung, KKH Produkte und Services
- Additional private insurance**  
private Zusatzversicherungen

I may withdraw these declarations of consent at any time by means of a declaration – without stipulations on form – to KKH, such as by telephone, email or in writing.

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

### Long term care insurance fund at KKH

Pflegekasse bei der KKH

The application includes the care insurance with KKH.

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- No, I am exempt from social care insurance. (Please add proof.)**  
Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen.)

The details are necessary for the duties of KKH, especially the application processing; the data are collected and processed according to § 280 Abs. 2 SGB IV, § 284 SGB V and § 94 SGB XI. For more details about the processing of data and your rights, please refer to the attached information as well as our webpage [khh.de/datenschutz](http://khh.de/datenschutz). I confirm the validity of all details contained in this application with my signature.

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 [khh.de/datenschutz](http://khh.de/datenschutz). Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

X

Date | Datum

Signature | Unterschrift