



# 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

### 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).

\* Freiwillige Angaben  
Optional information

\*\*Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Partnerschaft (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).

## 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 to 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 Versorgungsamt, 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.

## Einwilligungserklärungen

### 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 bis zum Ende meines Versicherungsverhältnisses bei der KKH speichert, verarbeitet und nutzt.  
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.

- Kundenbefragung  
Customer survey
- KKH Produkte und Services  
KKH products and services
- private Zusatzversicherungen  
Private supplementary insurance

Diese Einwilligungen kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.  
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 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 § 28o 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 § 28o 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)