

## Mitglied werden bei der KKH Kaufmännische Krankenkasse

### Ganz einfach:

- 1.** Bitte drucken Sie den auf der nächste Seite folgenden Mitgliedschaftsantrag aus.
- 2.** Bitte persönliche Daten eintragen und unterschreiben lassen.
- 3.** Falls die Kündigungsbestätigung der bisherigen Kasse noch nicht vorliegt, bitte Kündigung veranlassen. Ein Musterschreiben finden Sie hier auf der letzten Seite oder unter [www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel](http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/wechsel) mit weiteren Infos.
- 4.** Antrag und Kündigungsbestätigung bitte auf einen der folgenden Wege direkt zu uns schicken:
  - per [makleraktiv.de](http://makleraktiv.de) hochladen
  - per Mail an [makleraktiv@kassensuche.de](mailto:makleraktiv@kassensuche.de) senden
  - per Fax kostenlos an 0800-1003038 senden
  - per Post an Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vibeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt senden
- 5.** Die neue Krankenkasse verschickt eine Kundenbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschaftsbestätigung
- 6.** Fertig. Der Kunde kommt in den Genuss aller Vorteile seiner neuen Krankenkasse.

Vertriebspartner:

E-Mail: [rr@smwb.de](mailto:rr@smwb.de)

SMWB Strategien mit Weitblick GmbH  
Papenhuder Straße 30  
22087 Hamburg

**Hinweise:** Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.  
Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben.

**Datenschutz:** Selbstverständlich gehen wir mit Ihren Daten sorgfältig und verantwortungsvoll um.  
Mehr Infos auf [www.kassensuche.de/datenschutz](http://www.kassensuche.de/datenschutz)  
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.kassensuche.de/agb](http://www.kassensuche.de/agb)

# Online-Beitrittserklärung

Ja, ich werde zum \_\_\_\_\_ Mitglied der KKH.

Herr  Frau Anredezusatz \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname

Ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land (Wohnort)

Land d. Arbeitgebers

Bei Wohnort im Ausland: PLZ des nahegelegendsten Ortes in Dtl.

Telefon/mobil\*

E-Mail\*

ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  verpartnert\*\*

Rentenversicherungsnummer  noch keine vorhanden

Ich bin ...

- Arbeitnehmer(in)  Auszubildende(r)  Student(in)  
 Schüler(in)  Beamter(in)  Rentner/Pensionär  
 Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen.)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Name Arbeitgeber/Hochschule

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

beschäftigt seit/studiere ab \_\_\_\_\_ 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).

\* Freiwillige Angaben

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

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)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

- Ich studiere im \_\_\_\_\_ Fachsemester  Bachelor  Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich.)  
 Ich bin als Teilnehmer an einem studienvorbereitenden Sprachkurs/Studienkolleg an der Hoch-/Fachhochschule eingeschrieben.

Sonstiges/weitere 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 zukünftig auch über private Zusatzversicherungen ihres Kooperationspartners per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesem Zweck auch die von mir angegebenen Daten speichert, verarbeitet und nutzt. 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 Fünf) 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

Unterschrift

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

**KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

über gesetzlicheKrankenkassen.de

über gesetzlicheKrankenkassen.de (MA)

Partner: 2308 - 0



An

Bisherige Krankenkasse

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

**Meine Versichertennummer:  
Kündigung meiner Mitgliedschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige hiermit meine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung  
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.  
Bitte bestätigen Sie mir dies innerhalb der nächsten 14 Tage.

Meine Adresse ist:

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Von Rückwerbeversuchen, Anrufen oder persönlichen Besuchen bitte ich  
abzusehen!

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift