

Mitgliedschaftsantrag

für die Kranken- und Pflegeversicherung

KNAPPSCHAFT
Markt + Vertrieb
45095 Essen

Kostenfreies Servicetelefon: 0 800 7245 900

Faxnummer: 0 800 7245 901

E-Mail: kundenservice-info@knappschaft.de

www.knappschaft.de

Ja, ich möchte ab ____ . ____ . ____ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Name	Vorname	Staatsangehörigkeit
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
E-Mail*		
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren. Ich bin damit einverstanden, dass die KNAPPSCHAFT meine Daten intern zur Kontaktaufnahme speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht.		
Familienstand*: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet		

ANGABEN ZUM BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Ich bin seit dem / ab _____ bei der _____
Name und Anschrift der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert
Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am _____
Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.
Kündigungsbestätigung <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ich bin seit dem _____ bei _____ privat versichert Name des Krankenversicherungsunternehmens

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

Ich bin
<input type="checkbox"/> seit dem / ab _____ beschäftigt
bei _____ Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer
<input type="checkbox"/> seit dem _____ selbstständig tätig
<input type="checkbox"/> Rentner / Rentnerin - Bitte Anlage für Rentenbezieher ausfüllen -
<input type="checkbox"/> Student / Studentin - Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen -
<input type="checkbox"/> seit dem _____ arbeitslos und erhalte / erwarte <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II (Hartz IV) - Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei. -

WEITERE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben).
--

Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von _____ Uhr bis _____ Uhr, Rufnummer* _____

Datum

Unterschrift

* Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i. V. m. § 175 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne Ihre Angaben kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte, z. B. andere Sozialleistungsträger, oder von uns beauftragte Dritte sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.knappschaft.de/datenschutz. Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis.

So einfach wechseln Sie zur KNAPPSCHAFT

Die KNAPPSCHAFT können Sie jederzeit wählen, wenn Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind.

- Senden Sie uns einfach diesen Mitgliedschaftsantrag zu.
- Kündigen Sie bitte formlos schriftlich Ihrer bisherigen Krankenkasse.
- Diese sendet Ihnen innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung zu, die Sie bitte an die KNAPPSCHAFT weiterleiten.

Ein Beispiel:

Wenn Sie Ihrer Krankenkasse zum Beispiel im April kündigen, dann nutzen Sie schon ab 1. Juli Ihre Vorteile als Mitglied der KNAPPSCHAFT.

Falls Sie erst kürzlich die Krankenkasse gewechselt haben, können Sie erneut wechseln, wenn Sie mindestens 18 Monate bei dieser Krankenkasse versichert sind.

Da eine zweimonatige Kündigungsfrist gilt, empfiehlt es sich, frühzeitig zu kündigen, um möglichst schnell die Vorteile der KNAPPSCHAFT nutzen zu können.

Natürlich können familienversicherte Angehörige bei uns kostenfrei mitversichert werden.

Mitglieder einer privaten Krankenversicherung haben leider kein Wahlrecht.

Name, Vorname der/des Versicherten:

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds	
Bisherige Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse	_____
<input type="checkbox"/> Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse	(Name und Sitz der Krankenkasse)
<input type="checkbox"/> nicht gesetzlich krankenversichert	
Familienstand	
<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> ledig
<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
<input type="checkbox"/> Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit _____ (Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)	
Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	
<input type="checkbox"/> Beginn meiner Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Geburt des Kindes <input type="checkbox"/> Heirat
<input type="checkbox"/> Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Beginn der Familienversicherung der Angehörigen _____ (Bitte das Datum angeben)	
Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).	
Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).	
Angaben zu Familienangehörigen	
<p>Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten und – sofern der Ehegatte nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.</p> <p>Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.</p>	

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)
Geburtsdatum				
ggf. abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind		<input type="checkbox"/> leibliches Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind * <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.				
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung • endete am: • bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)	_____ (Vorname) _____ (Name)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)		_____	_____	_____
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)	(Art der Einkünfte)
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen.)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Rentenversicherungsnummer				
Geburtsname				
Geburtsort / Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner oben angegebenen Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds
Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.	ggf. Unterschrift des Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 25 SGB XI) zu erheben und zu verarbeiten. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.knappschaft.de/datenschutz. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

NAME VORNAME GEB.-DATUM

STRASSE

PLZ, WOHNORT

VERSICHERTENNUMMER

Senden Sie diese
Kündigung an Ihre
aktuelle Krankenkasse

ORT, DATUM

Kündigung meiner Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich kündige meine bestehende Krankenversicherung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Bitte bestätigen Sie mir umgehend schriftlich meine Kündigung und den genauen Termin für das Ende meiner Mitgliedschaft.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen

UNTERSCHRIFT

Vollmacht

Ich bevollmächtige meine neu gewählte Krankenkasse **KNAPPSCHAFT, Markt + Vertrieb, 45095 Essen, Fax-Nr. 0800 7245 901**, meine Kündigungsbestätigung in Empfang zu nehmen. Diese Vollmacht umfasst ebenfalls alle Tätigkeiten, die mit der Übermittlung der Kündigungsbestätigung im Zusammenhang stehen.

UNTERSCHRIFT

10806

YRRMO59004