

Knappschaft
Kundenservice
44781 Bochum

Servicetelefon: 0 8000 200 501 (kostenfrei)

Fax: 0234 304 11490

E-Mail: krankenversicherung@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
Telefonnummer*	E-Mail*	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der Knappschaft abonnieren.**
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 beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Ich bin seit dem _____ bei _____ privat versichert
Name des Krankenversicherungsunternehmens

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

Ich bin
<input type="checkbox"/> seit dem / ab _____ beschäftigt
bei _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer
<input type="checkbox"/> seit dem _____ selbständig 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)***

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 _____

* Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

** Ich bin damit einverstanden, dass die Knappschaft meine oben genannten Daten intern zu dem oben genannten Zweck speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. - Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel.

*** Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.

Servicetelefon: 0 8000 200 501 (kostenfrei)

Fax: 0234 304 11490

E-Mail: krankenversicherung@knappschaft.de

www.knappschaft.de

- Durchschrift für den Antragsteller -

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
Telefonnummer*		E-Mail*	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der Knappschaft abonnieren.**
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 _____

pflichtversichert freiwillig versichert 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 ist beigelegt wird nachgereicht

Ich bin seit dem _____ bei _____ Name des Krankenversicherungsunternehmens privat versichert

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

Ich bin

seit dem / ab _____ beschäftigt

bei _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer

seit dem _____ selbständig tätig

Rentner / Rentnerin - Bitte Anlage für Rentenbezieher ausfüllen -

Student / Studentin - Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen -

seit dem _____ arbeitslos und erhalte / erwarte Arbeitslosengeld Arbeitslosengeld II (Hartz IV)***

WEITERE ANGABEN

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 _____

* Freiwillige Angabe (Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet).

** Ich bin damit einverstanden, dass die Knappschaft meine oben genannten Daten intern zu dem oben genannten Zweck speichert und zukünftig nutzt. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden dann gelöscht. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nicht. - Sind Sie nicht einverstanden, streichen Sie diese Klausel.

*** Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.

So einfach wechseln Sie zur Knappschaft

Die Knappschaft können Sie jetzt 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.

Angaben für die Aufnahme in die Familienversicherung

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.

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.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name				
Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben. Dies gilt nicht bei Doppelnamen oder unterschiedlichen Endungen.				
Vorname				
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w)
Geburtsdatum				
gegebenenfalls 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) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung)	_____	_____	_____	_____

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbständiger Tätigkeit (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.				
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)
	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)
Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung (durchschnittlich monatlich)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)
	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro	_____ Euro
	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)	_____ (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung in Kopie beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung in Kopie beifügen)	_____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige				
	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 selbständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter der Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift des Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch erforderlich.
Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 25 Sozialgesetzbuch Elftes Buch) zu erheben.
Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.