Mitglied werden bei der
Heimat Krankenkasse

In vier Schritten zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

1. Bevor Sie die Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen können, müssen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse kündigen. Das ist einfach, problemlos und sicher. Und: keine Sorge – Ihre neue Krankenkasse nimmt Sie in jedem Falle auf, denn dazu ist sie gesetzlich verpflichtet, wenn Sie bislang gesetzlich krankenversichert waren. Ein Musterkündigungsschreiben finden Sie auf der letzten Seite. Füllen Sie dieses bitte aus – geht auch am Bildschirm – und unterschreiben es. Dann ab in einen Umschlag und per Post an Ihre jetzige Krankenkasse. Die Anschrift finden Sie auch auf unserer Website.

2. Warten Sie auf die Kündigungsbestätigung Ihrer alten Krankenkasse. In der Zwischenzeit füllen Sie bitte den Original-Mitgliedsantrag Ihrer neuen Krankenkasse auf der nächsten Seite dieses PDFs aus und unterschreiben ihn.

3. Sobald die Kündigungsbestätigung eingetroffen ist, schicken Sie diese bitte zusammen mit Ihrem Mitgliedschaftsantrag direkt an uns – wir kümmern uns um alles Weitere.
Und so können Sie uns Ihren Antrag zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte beide Unterlagen einscannen und hochladen auf **http://wiwo.kassensuche.de/antrag/204**
- per Mail: Bitte beide Unterlagen einscannen und an **antrag@kassensuche.de** mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nr. **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an

Kassensuche GmbH
Zentraler Antragsservice
Vilbeler Landstraße 186
60388 Frankfurt

4. Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit weiteren Infos oder auch gleich die Mitgliedschafts-bestätigung. Ab jetzt genießen Sie alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse. So einfach geht das.

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**
Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter **www.kassensuche.de/agb**

BEITRITTSERKLÄRUNG TEIL 1

Vertriebspartner ID 3267

HEIMAT KRANKENKASSE

Ich wähle die Mitgliedschaft in der Heimat Krankenkasse ab

Die Erklärung zu den Zahlen in den Klammern entnehmen Sie bitte der Ausfüllhilfe (s. Rückseite).

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum ☐ Weiblich ☐ Männlich

Geburtsname

Telefon, tagsüber erreichbar | Mobilnummer

Straße | Hausnummer

E-Mail

PLZ | Ort

Staatsangehörigkeit

Rentenversicherungsnummer (1)

Geburtsort | Geburtsland

Familienstand

☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Verwitwet

Geschieden, seit

Mein Ehe-/Lebenspartner nach dem LPartG ist versichert bei

Tätigkeit

☐ Beschäftigter ☐ Auszubildender ☐ Student (2) ☐ Elternzeit

Sonstige (z. B. Hausfrau/-mann (3), Schüler (4))

☐ Selbstständig / freiberuflich (5) ☐ Rentner (6) ☐ ALG-/ALG II-Bezieher (7)

Nur für Selbstständige / Freiberufler: Ich beantrage ☐ gesetzliches Krankengeld (ab der 7. Woche) ☐ Krankentagegeld Wahltarif ☐ kein Krankengeld

Zusätzliche Einnahmen

Neben den Einnahmen der angegebenen Tätigkeiten erhalte ich zusätzlich ☐ Versorgungsbezüge (10) ☐ Rente (6)

Arbeitgeber

Firmenname

Telefonnummer der Personalabteilung (falls bekannt)

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Vorversicherung – bitte die letzten 18 Monate angeben

Ich war zuletzt: ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privatversichert (8) ☐ nicht versichert

vom | bis

Letzte Krankenkasse (9)

Beitragszahlung

Die Beiträge: ☐ zahlt Arbeitgeber ☐ zahlt Leistungserbringer (11) ☐ überweise ich selbst ☐ sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden

Kontonummer | BLZ

Name der Bank

Kontoinhaber Name (nur wenn abweichend vom Antragsteller)

Kontoinhaber Vorname (nur wenn abweichend vom Antragsteller)

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?

☐ Ja ☐ Nein **Wenn „Ja" angekreuzt wird, bitte beiliegenden Familienbogen ausfüllen.**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, von der Heimat Krankenkasse und den von ihr beauftragten Dienstleistern per Telefon oder E-Mail über Leistungen und Angebote im Gesundheitsbereich sowie Zusatzangebote ihrer Partner informiert zu werden.

☐ Ja ☐ Nein

Datum | Ort

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X):
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Heimat Krankenkasse
Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150
Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

AUSFÜLLHILFE

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei und füllen Sie außerdem die „Beitrittserklärung Teil 2" (s. unten) aus!

(1) Bitte vom Sozialversicherungsausweis / von der Gehaltsabrechnung entnehmen. Falls keine Rentenversicherungsnummer vorliegt, bitte unbedingt das Feld Geburtsort und -land sowie Geburtsname ergänzen.
(2) Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.
(3) Bitte Nachweis über das eigene Einkommen sowie des Ehepartners beifügen. Bei Kindern (nur gemeinsam unterhaltsberechtigte Kinder) eine Versicherungsbescheinigung beifügen, sofern sie nicht in der gesetzlichen Familienversicherung versichert sind.
(4) Bitte Schulbescheinigung beifügen.
(5) Bitte Kopie des aktuellen Steuerbescheids und der Gewerbeanmeldung beifügen.
(6) Bitte Kopie des Rentenbescheids der Deutschen Rentenversicherung und / oder eine Bescheinigung über ausländische Renten beifügen.
(7) Bitte Kopie des aktuellen Bescheids der zuständigen Agentur für Arbeit / Arbeitsgemeinschaft beifügen.
Bitte unbedingt Kundennummer angeben.
(8) Bitte Bescheinigung der zurückgelegten Versicherungszeiten in der privaten Krankenversicherung beifügen.
(9) Bitte eine Kopie der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse beifügen.
Bitte beachten Sie: Der Beitritt kann nur erfolgen, wenn eine Kopie der Kündigungsbestätigung vorliegt.
(Entfällt, wenn Sie in den letzten 18 Monaten familienversichert oder nicht gesetzlich krankenversichert waren.)
(10) Bitte Kopie des Bescheids (Betriebsrente, Pension, Kapitalleistungen aus Direktversicherungen o. Ä.) beifügen.
(11) Leistungserbringer sind unter anderem die Rentenversicherungsträger, die Agentur für Arbeit und die Arbeitsgemeinschaft.

BEITRITTSERKLÄRUNG TEIL 2 / BÜRGERENTLASTUNGSGESETZ

Mit dem von der Bundesregierung erlassenen Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (kurz: Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) wurden ab 2010 über 16 Mio. Bürgerinnen und Bürger um ca. 10 Mrd. € jährlich steuerlich entlastet.

Wen betrifft das Bürgerentlastungsgesetz?
Seit dem 1. Januar 2010 können freiwillig versicherte Arbeitnehmer, Selbstständige, pflichtversicherte Studenten und Rentner mit Versorgungsbezügen ihre selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Sonderausgaben in der Steuererklärung voll absetzen.

Was muss die Heimat Krankenkasse tun?
Damit die Finanzverwaltung die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steuerlich berücksichtigen kann, hat der Gesetzgeber für alle gesetzlichen Krankenkassen eine Mitteilungspflicht eingeführt. Dieser Mitteilungspflicht muss die Heimat Krankenkasse bei den Versicherten nachkommen, die ihre Beiträge selbst an die Heimat Krankenkasse zahlen. Das heißt: Für den eingangs genannten Personenkreis teilen wir der zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung mit. Dabei werden die Beitragsanteile, die auf einen Krankengeldanspruch entfallen, abgezogen (pauschal 4 %). Die Meldung bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern erfolgt nicht über die Heimat Krankenkasse, sondern direkt über den Arbeitgeber.

Was müssen Sie als Mitglied der Heimat Krankenkasse tun?
Bei Neumitgliedern erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn sie ausdrücklich zustimmen. Dazu bitten wir Sie, die vorliegende Einverständniserklärung unterschrieben und diese zusammen mit der Beitrittserklärung an uns zurückzuschicken. Bitte beachten Sie: Um die Meldung an die ZfA vornehmen zu können, ist Ihre Steueridentifikationsnummer (Steuer-IdNr.) erforderlich. Liegt uns diese noch nicht vor, können wir sie beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) anfordern. Auch dafür brauchen wir Ihre Einverständniserklärung. Wir informieren Sie, welche Beiträge wir pro Beitragsjahr an die ZfA gemeldet haben.

Bitte beachten Sie:
Im Falle einer unterbliebenen Einwilligung dürfen wir Ihre gezahlten und erstatteten Beiträge nicht an die Finanzverwaltung melden. Sie verzichten dann auf den Vorteil, dass diese Beiträge bereits in der Steuererklärung berücksichtigt werden. Sie können die Einwilligung auch noch später erteilen. Eine nachträgliche Datenübermittlung ist jedoch nur längstens für die zwei vorausgegangenen Kalenderjahre möglich.

Einverständniserklärung zum Bürgerentlastungsgesetz.

☐ Mit der Unterschrift erkläre ich meine Zustimmung, dass die Heimat Krankenkasse die Steueridentifikationsnummer (Steuer-IdNr.) bei der Finanzbehörde anfordern darf.
☐ Ebenfalls stimme ich der jährlichen Übermittlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge an die Finanzbehörde zu, sofern ich zum betroffenen Personenkreis gehöre.

Name, Vorname	Steuer-IdNr. (falls bekannt)
Geburtsdatum	Datum / Unterschrift

Speichern Drucken

FAMILIENVERSICHERUNG TEIL 1

HEIMAT KRANKENKASSE

Allgemeine Angaben des Mitglieds

Name, Vorname

Krankenversicherungs-Nr. oder Geburtsdatum

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG

(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte" zu machen)

Ich war bisher:

☐ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert

☐ im Rahmen einer Familienversicherung versichert

☐ nicht gesetzlich krankenversichert

bei

Name der Krankenkasse

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:

☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat

☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen

Sonstige

Beginn der Familienversicherung (Datum)

Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten / Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten / Lebenspartners und – sofern der Ehegatte / Lebenspartner 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 (1)	**Kind**	**Kind**	**Kind**
Name*				
Vorname				
Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich	☐ Männlich ☐ Weiblich	☐ Männlich ☐ Weiblich	☐ Männlich ☐ Weiblich
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (*Die Bezeichnung „leibliches Kind" ist auch bei Adoption zu verwenden.)		☐ Leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ Leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind	☐ Leibliches Kind* ☐ Stiefkind ☐ Enkel ☐ Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?		☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

* Fügen Sie bitte eine Heiratsurkunde bzw. einen Abstammungsnachweis bei, wenn Ihr Ehegatte / Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorgelegt haben.

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen

Die bisherige Versicherung (Name)	endet am:	endet am:	endet am:	endet am:
	bestand bei:	bestand bei:	bestand bei:	bestand bei:
Art der bisherigen Versicherung:	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich	☐ Mitgliedschaft ☐ Familienversicherung ☐ nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname	Name, Vorname
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/-versicherung)				

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

FAMILIENVERSICHERUNG TEIL 2

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen (2)

	Ehegatte (1)	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheids beifügen)	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein	☐ Nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat	Euro/Monat
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen) (1)	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat	Art der Einkünfte Euro/Monat
Schulbesuch / Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	vom bis	vom bis	vom bis	vom bis
Wehr- oder Zivildienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige

Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				

Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

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 o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.
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.

Datum | Ort

Unterschrift des Mitglieds

Ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Datenschutzhinweis:
§ 67 a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X):
Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989) zu erheben. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz.

Heimat Krankenkasse
Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150
Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

HINWEISE

Um Ihren Antrag möglichst schnell bearbeiten zu können, fügen Sie bitte unbedingt die für Sie zutreffenden Nachweise bei!

(1) Wenn keine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt, bitte Kopie des Einkommenssteuerbescheides und gegebenenfalls Bezügemitteilung beifügen.

(2) Tragen Sie bitte die Angaben für Ihren Ehepartner auch dann ein, wenn bei uns nur die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird. Dies gilt nicht, wenn der Ehepartner nicht mit den Kindern verwandt ist. Angaben zum Einkommen sind nicht erforderlich, wenn er selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist.

Speichern Drucken

über gesetzlicheKrankenkassen.de / Kassensuche (WIWO)

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