

Mitglied werden bei der hkk Krankenkasse

Ganz einfach zu Ihrer neuen Krankenkasse – So wechseln Sie:

Schritt 1 von 2:

Antrag (ab nächster Seite) ausfüllen und unterschreiben

Eine Kündigung Ihrer bisherigen Krankenkasse ist nicht mehr erforderlich! Die neu von Ihnen gewählte Krankenkasse wird nach Eingang Ihres Mitgliedschaftsantrags Ihre bisherige Kasse automatisch über den Wechsel informieren und die Kündigungsformalitäten für Sie übernehmen. Es reicht daher, wenn Sie uns Ihren Mitgliedschaftsantrag zusenden – wir und die neue Krankenkasse kümmern uns um alles Weitere. **WICHTIG:** Beim Wechsel der Krankenkasse ist die genaue Angabe der bisherigen Kasse unbedingt erforderlich, ansonsten kann der Antrag nicht weitergeleitet bzw. bearbeitet werden! Und so können Sie uns die Antragsunterlagen zukommen lassen:

- per Direkt-Upload: Bitte alle Unterlagen einscannen und hochladen auf <https://wiwo.kassensuche.de/antrag/26>
- per Mail: Bitte alle Unterlagen einscannen und an antrag@kassensuche.de mailen
- per Fax: Bitte kostenfrei an die Nummer **0800-1003038** faxen
- per Post: Bitte schicken an:

Kassensuche GmbH, Zentraler Antragservice, Vilbeler Landstraße 186, 60388 Frankfurt

Schritt 2 von 2:

Arbeitgeber informieren

Sofern Sie angestellt tätig sind, müssen Sie bitte Ihren Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen über Ihre Entscheidung zum Wechsel der Krankenkasse informieren. Das können Sie ganz einfach mit dem Formblatt auf der letzten Seite dieses PDFs erledigen. **Bitte beachten Sie:** Dieses Schreiben muss **direkt von Ihnen** an Ihren Arbeitgeber gesendet werden. Bitte reichen Sie es nicht zusammen mit dem Antragsformular ein, da weder wir noch die neue Krankenkasse den Versand übernehmen!

Geschafft! Sie erhalten in Kürze die Mitgliedschaftsbestätigung von Ihrer neuen Krankenkasse.

Sie erhalten in der Regel bis zwei Wochen vor Beginn Ihrer Mitgliedschaft von Ihrer neuen Krankenkasse die Bestätigung der Mitgliedschaft mit Beginndatum. Dieses Beginndatum teilen Sie dann bitte noch Ihrem Arbeitgeber mit und können dann alle Vorteile Ihrer neuen Krankenkasse genießen.

Hinweise: Bei Antragstellung über die Kassensuche GmbH wird dieser von der Krankenkasse eine Rückmeldung über den Antragstand bzw. das Zustandekommen des Antrags gegeben. Aufgrund der notwendigen Verarbeitungsdauer auf Seiten der Krankenkassen kann es bei einer Antragstellung in den letzten Tagen eines Monats passieren, dass die vorherige Kasse erst im Folgemonat über die Kündigung informiert wird und sich dadurch der Wechsel um einen Monat verschiebt. Privatversicherte sollten vor einer Kündigung unbedingt vorab mit der Gesetzlichen Krankenkasse klären, ob ein Wechsel überhaupt möglich ist.

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

Antragsformular für Arbeitnehmer

Sie sind Arbeitnehmer?

Dann nutzen Sie bitte das Formular ab der nächsten Seite.


Sie möchten Ihre Familienangehörigen beitragsfrei mitversichern? Reichen Sie bitte den Familienfragebogen zusätzlich zum eigentlichen Antrag gemeinsam ein:

 [Familienfragebogen zur kostenfreien Mitversicherung von Angehörigen](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26fa](https://www.gesetzliche.de/26fa))


Weitere Antragsformulare

Sie sind Student?

Dann nutzen Sie bitte den speziellen Studentenantrag und legen gleich die Immatrikulationsbescheinigung/Studienbescheinigung bei:

 [Studentenantrag](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26st](https://www.gesetzliche.de/26st))

Als Student müssen Sie Ihre Krankenkassenbeiträge selbst bezahlen. Hierzu sollte der Krankenkasse eine Einzugsermächtigung von Ihnen erteilt werden:


 [SEPA-Mandat](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26se](https://www.gesetzliche.de/26se))

Sie sind selbständig/freiberuflich tätig?


Dann nutzen Sie bitte den speziellen Antrag für Selbständige und legen gleich den letzten Steuerbescheid bei. (Dieser wird von der Krankenkasse zur Berechnung des Beitrags benötigt.)

 [Antrag für Selbständige](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26sg](https://www.gesetzliche.de/26sg))

Sie möchten Ihre Familienangehörigen beitragsfrei mitversichern? Reichen Sie bitte den Familienfragebogen zusätzlich zum eigentlichen Antrag gemeinsam ein:


 [Familienfragebogen zur kostenfreien Mitversicherung von Angehörigen](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26fa](https://www.gesetzliche.de/26fa))

Als Selbständiger müssen Sie Ihre Krankenkassenbeiträge selbst bezahlen. Hierzu sollte der Krankenkasse eine Einzugsermächtigung von Ihnen erteilt werden:

 [SEPA-Mandat](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26se](https://www.gesetzliche.de/26se))

Sie sind Rentner?

Dann nutzen Sie bitte den speziellen Antrag für Rentner und legen gleich den letzten Rentenbescheid/Rentenanpassungsbescheid bei:

 [Antrag für Rentner](#)
(Abrufbar unter [gesetzliche.de/26re](https://www.gesetzliche.de/26re))

Herzlich willkommen bei der hkk!

Ja, ich werde Mitglied bei der hkk ab

.....

1 Angaben zur Person

Name	Geburtsort
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
Vorname	Geschlecht männlich weiblich
Straße, Hausnr.	Staatsangehörigkeit
PLZ, Wohnort	Familienstand
Telefon ¹⁾	Rentenversicherungsnr.
E-Mail ¹⁾	Steuer-Identifikationsnr.
	Kinder ²⁾ Nein Ja Bitte Nachweis beifügen.

2 Angaben zum Versicherungsverhältnis

Beschäftigt ab	befristet bis	Name des Arbeitgebers
als		Straße, Hausnr.
Monatliches Bruttoarbeitsentgelt	EUR	PLZ, Ort
Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden	Telefonnummer
Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	Nein	Ja, welches?
Sind Sie an dem Unternehmen beteiligt	Nein	Ja, die Verträge sind beigefügt
Ich bin arbeitslos und bekomme ²⁾	Arbeitslosengeld I	Arbeitslosengeld II ab
Beantragt am	Stammnummer	
Zuständige Agentur für Arbeit/sonstige		
Zuletzt vor Beginn meiner hkk Mitgliedschaft war ich versichert als	Mitglied	Familienangehörige/r
von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse
Ich bin selbstständig tätig	Nein Ja	Beamter / Pensionär
Rentenbezug / rentenähnliche Einnahmen ²⁾	Nein Ja	Mehrfachbeschäftigung
Rentantrag gestellt	Nein Ja	Student
Von der Versicherungspflicht zur Kranken-/Pflege- oder Rentenversicherung befreit ²⁾		Nein Ja

3 Ich beauftrage die hkk

..... meine Familienangehörigen beitragsfrei in der Familienversicherung mitzuversichern. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

4 Einwilligung und Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben. Über Änderungen werde ich die hkk umgehend informieren.

- Ich willige ein, dass die hkk meine personenbezogenen Daten erhebt, um mich schriftlich, telefonisch oder elektronisch über aktuelle Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren. Die Daten werden nur für diesen Zweck verarbeitet und nach den gesetzlichen Vorgaben gelöscht. Eine Weiterleitung an Dritte erfolgt nicht. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Ohne diese Einwilligung fehlt der hkk die Möglichkeit, mich aktuell über weitere Angebote im Gesundheits- und Versicherungsbereich zu informieren.
- Ich willige ein, dass die hkk im Rahmen der Mitteilungspflichten meine Steueridentifikationsnummer erfragen darf und die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten Beiträge, Zusatzbeiträge und Prämien an die Finanzverwaltung übermittelt (§ 10 Abs. 2a Satz 4 EStG). Die hkk unterrichtet mich schriftlich über die Höhe der übermittelten Beiträge. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf muss vor Beginn des Beitragsjahres erfolgen, für das die Einwilligung erstmals nicht mehr gelten soll.
- Ich bitte um Zusendung des hkk Newsletters mit interessanten Infos rund um Gesundheit und meine hkk.

Ort, Datum Unterschrift

Mehr Infos zur Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie unter hkk.de/datenschutz.

¹⁾ Angaben zu Telefonnummer und E-Mail sind freiwillig.

²⁾ Wenn ja, bitte Bescheide bzw. Nachweise beifügen.

Hinweis: Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

..... - -

Wechselmitteilung an Arbeitgeber

An:

Arbeitgeber

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Meine Personalnummer: Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie auf diesem Weg über meinen anstehenden Wechsel der Gesetzlichen Krankenkasse informieren. Künftig werde ich bei der

versichert sein.

Nach Bestätigung durch die neue Krankenkasse werde ich Ihnen das genaue Wechseldatum mitteilen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift