

## 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              |
| 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 _____   |  |
| <b>Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.</b> |  |
| Kündigungsbestätigung <input type="checkbox"/> ist beigefügt   | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht   |
| Ich bin seit dem _____ bei _____ <small>Name des Krankenversicherungsunternehmens</small> privat versichert                                      |  |

### ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

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

### 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.

## Mitgliedschaftsantrag

für die Kranken- und Pflegeversicherung

**Kostenfreies Servicetelefon: 0 800 7245 900**

Faxnummer: 0 800 7245 901

E-Mail: kundenservice-info@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 \_\_\_\_\_ selbstständig 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.

Kranken-/Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname des Mitglieds

## Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

| Allgemeine Angaben des Mitglieds   |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <b>Bisherige Krankenversicherung</b>   |   |                                 |
| <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  |   |                                 |
| <b>Familienstand</b>   |   |                                 |
| <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 _____<br>(Bitte die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ machen)   |   |                                 |
| <b>Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung</b>   |   |                                 |
| <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: _____           |                                 |
| <b>Beginn der Familienversicherung der Angehörigen</b> _____ (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. <b>Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt wird bzw. wurde.</b> 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><b>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.</b></p> |   |                                 |

| 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<br>(m = männlich, w = weiblich, x = unbestimmt)  | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)  | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)  | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)  | <input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (x)  |
| Geburtsdatum  |   |   |   |   |
| ggf. abweichende Anschrift  |   |   |   |   |
| Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind  | _____   | <input type="checkbox"/> leibliches Kind *<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind *<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind | <input type="checkbox"/> leibliches Kind *<br><input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Enkel<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |
| * Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.   |   |   |   |   |
| Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt?<br>(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:<br>(Name der Krankenkasse)   | _____   | _____   | _____   | _____   |
| Art der bisherigen Versicherung:  | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich                     | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich                     | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft<br><input type="checkbox"/> Familienversicherung<br><input type="checkbox"/> nicht gesetzlich                     |
| Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde   | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Name)   | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Name)   | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Name)   | _____<br>(Vorname)<br>_____<br>(Name)   |
| Die bisherige Versicherung besteht weiter bei:<br>(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) | _____ 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 _____<br>bis _____ | vom _____<br>bis _____ | vom _____<br>bis _____ |
| Wehr- / Zivil- / gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen.)  | _____               | vom _____<br>bis _____ | vom _____<br>bis _____ | vom _____<br>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<br>Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus. |

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): 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.

Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.