

Application for membership in the health and nursing care insurance

Englischer Antrag auf Mitgliedschaft für die
Kranken- und Pflegeversicherung

KNAPPSCHAFT
Markt + Vertrieb
45095 Essen

Service line: 0 800 7245 900 (free of charge)
Fax: 0 800 7245 901
Email: kundenservice-info@knappschaft.de
www.knappschaft.de

Servicetelefon: 0 800 7245 900 (kostenfrei)
Fax: 0 800 7245 901
E-Mail: kundenservice-info@knappschaft.de
www.knappschaft.de

Yes, I would like to become a KNAPPSCHAFT member as of ____ . ____ . ____

Ja, ich möchte ab _____ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

PERSONAL INFORMATION | PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="checkbox"/> Male männlich	<input type="checkbox"/> Female weiblich	pension insurance number Rentenversicherungsnummer	<input type="text"/>
Name Name		First name Vorname	Nationality Staatsangehörigkeit
Date of birth Geburtsdatum		Place of birth Geburtsort	Name at birth Geburtsname
Street, house number Straße, Hausnummer		Post code Postleitzahl	Place of residence Wohnort
Phone number Telefonnummer*		Email* E-Mail*	<input type="checkbox"/> Yes, I want to subscribe to the free KNAPPSCHAFT newsletter.** Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter der KNAPPSCHAFT abonnieren.**
Marital status* Familienstand*:		<input type="checkbox"/> single ledig	<input type="checkbox"/> married verheiratet
		<input type="checkbox"/> living apart getrennt lebend	<input type="checkbox"/> widowed verwitwet

INFORMATION ON PREVIOUS INSURANCE ARRANGEMENTS | ANGABEN ZUM BISHERIGEN KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Since _____ **I have been covered by a health insurance policy with**
Ich bin seit dem / ab _____ krankenversichert bei der _____

Name of health insurance provider | Name und Anschrift der Krankenkasse

covered by compulsory insurance | pflichtversichert

covered by voluntary insurance | freiwillig versichert

covered by family insurance | familienversichert

The health insurance coverage was cancelled on | Die Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse erfolgte am _____

Note: Please provide a confirmation of the cancellation issued by your current health insurance provider so that you can be registered as a member.
Hinweis: Damit wir Ihre Mitgliedschaft durchführen können, senden Sie uns bitte die Kündigungsbestätigung Ihrer jetzigen Krankenkasse zu.

Confirmation of cancellation | Kündigungsbestätigung **is enclosed** | ist beigelegt **will follow** | wird nachgereicht

Since _____

I have been covered by a private health insurance policy with
Seit dem _____ bin ich privat krankenversichert bei _____

Name of health insurance provider | Name des Krankenversicherungsunternehmens

INFORMATION ON COVERAGE | ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

I have been | Ich bin

employed since | beschäftigt seit dem _____ **with** | bei

Name and address of employer, phone number | Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer

self-employed since | selbstständig tätig seit dem _____

pensioner | Rentner / Rentnerin

student | Student / Studentin

unemployed since | arbeitslos seit dem _____ **and draw/expect to draw** | und erhalte/erwarte

unemployment benefits | Arbeitslosengeld

German unemployment benefit paid after the first 12-18 months of unemployment | Arbeitslosengeld II (Hartz IV)***

ADDITIONAL INFORMATION | WEITERE ANGABEN

I have family members to be co-insured with KNAPPSCHAFT without contributions.

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen.

Please call me preferably between _____ and _____ o'clock at _____ * if you have any questions.

Für Rückfragen erreichen Sie mich am besten von

Uhr bis

Uhr, Rufnummer*

Date | Datum

Signature | Unterschrift

* **Voluntary information (contact information will only be used for further inquiries pertaining to your insurance relationship).**

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

** **I agree that KNAPPSCHAFT stores, and makes future use of, the data provided above internally for the above purpose. I can revoke this agreement at any time, in which case my data will be deleted. My data will not be disclosed to third parties. Please strike this clause in case of disagreement.**

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.

*** **Please append proofs of income or benefit statements as appropriate.**

Bitte fügen Sie gegebenenfalls Einkommensnachweise bzw. Leistungsbescheide bei.