

KKH Beitrittserklärung

Allgemeine Angaben zum Mitglied

保険開始日

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Herr Frau Anredezusatz _____

Vor- und Zuname **名前・名字**

Ggf. Geburtsname _____ Geburtsdatum **生年月日**

Geburtsort **生まれた場所** Staatsangehörigkeit **国籍**

Straße, Hausnummer **住所**

PLZ, Ort **郵便番号・場所**

Telefon/mobil*

E-Mail*

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert**

noch keine vorhanden
Rentenversicherungsnummer _____

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

- Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
 Rentner/Pensionär Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen)
 Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule **学校名**

Straße, Hausnummer **学校住所**

PLZ/Ort **郵便番号、場所**

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. _____ mtl. Bruttoentgelt (EUR)

- Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.
 Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Art der Beteiligung

- Ich habe eine weitere Beschäftigung.
 Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.
 Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

Ich war zuletzt ...

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)
 familienversichert
 privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen)

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester Bachelor Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.)

- Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)

Sonstige Angaben

- Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)
 Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)
 Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungssamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Service

Ich bin damit einverstanden, dass zu den unten angekreuzten Themen meine Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und man mich per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH widerrufen kann.

- zu Zwecken der Kundenbefragung bzw. KKH Produkte und Services
 private Zusatzversicherungen unseres Kooperationspartners

Pflegekasse bei der KKH

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

- Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der KKH erforderlich; sie werden aufgrund der Vorschriften der §§ 53 und 284 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf) und § 94 SGB XI (Sozialgesetzbuch Elf) erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Richtigkeit sämtlicher Angaben auf diesem Antrag wird hiermit unterschriftlich bestätigt.

Datum **日付** _____ **X** _____ **Unterschrift** **署名**

Ansprechpartner KKH _____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

* Freiwillige Angaben

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

KKH

**Kaufmännische
Krankenkasse**