

## Mitgliedschaftsantrag

für die Kranken- und Pflegeversicherung

**KNAPPSCHAFT**  
 Markt + Vertrieb  
 45095 Essen

**Ihr Ansprechpartner:**  
 Friedrich Smaga  
 Tel. 0175 9069659

**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 \_\_\_\_\_

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 beigefügt  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.