

Per Fax an 0 89.92 35 22 70

Aufnahme-Antrag

Ja, ich werde KKH-Allianz Mitglied

zum _____

Vor- und Zuname

männlich weiblich

ledig verheiratet verpartnert* geschieden verwitwet

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geburtsname

Ich bin beschäftigt ...

als (ausgeübter Beruf) _____

seit _____

Arbeitgeber _____

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Ist dieses Beschäftigungsverhältnis zeitlich befristet? Ja Nein

wenn ja, für welchen Zeitraum? _____ Wochen _____ Monate

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert. Ja Nein

Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt. Ja Nein

Art der Beteiligung

Mein monatl. Bruttoentgelt (€)

Meine wöchentl. Arbeitszeit

Ich habe eine weitere Beschäftigung. Ja Nein

Ich bin (daneben) selbstständig erwerbstätig. Ja Nein

Für Selbstständige

Bitte informieren Sie mich über die KKH-Allianz

Krankengeldwahltarife für Selbstständige. Ja Nein

Den Krankengeld-Tarifantrag habe ich beigefügt. Ja Nein

Pflegekasse bei der KKH-Allianz

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH-Allianz mit ein.

Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit.

(Bitte ggf. Nachweis beifügen.)

Ich war zuletzt ...

pflichtversichert

freiwillig versichert

mit Wahltarif

familienversichert

privat krankenversichert

Name/Ort der Krankenkasse

Versicherungsdauer von/bis

Kündigung meiner bisherigen Krankenkasse am _____
zum _____

Die Kündigungsbestätigung füge ich bei reiche ich nach

In den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten KKH-Allianz Mitgliedschaft war ich nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Sonstiges

Ich habe Familienangehörige, die ich gerne bei mir kostenfrei mit-versichern möchte. Ja Nein

Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Ja Nein

Ich bin Beamter, Ruhestandsbeamter.

Ich beziehe eine Rente, Betriebsrente oder Versorgungsbezug.

Besteht eine private Zusatzversicherung? Ja Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? _____

Ja, ich möchte online am Versichertenportal der KKH-Allianz teilnehmen. (Hinweis: E-Mail-Adresse unbedingt erforderlich).

Ja, ich möchte von der KKH-Allianz über Zusatzversicherungen der Allianz Private Krankenversicherungs-AG schriftlich und telefonisch informiert werden. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Die Erhebung der Daten ist für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V + BDSG) zulässig. Die Angaben zur Telefonnummer/E-Mail-Adresse/Zusatzversicherung sind freiwillig.

Die Richtigkeit sämtlicher Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum, Unterschrift

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

Vermittler-Nr.

Fremd-Nr.

B-Nr.b

Dreba-Nr.

KKH-Allianz Hauptverwaltung, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover

Telefon 05 11.28 02-0, Telefax 05 11.28 02-21 99

service@kkh-allianz.de, www.kkh-allianz.de