

Mitgliedschaftserklärung

mkk

Ich möchte zum bzw. schnellstmöglich Mitglied der mkk - meine krankenkasse werden.

- ☐ Wechsel im **Kündigungsverfahren** (wir kündigen die bisherige gesetzliche Krankenkasse)
☐ Wechsel aufgrund einer **Statusänderung** (z. B. Beginn oder Ende einer Beschäftigung/Selbstständigkeit, Arbeitslosigkeit, Ende Familienversicherung)
☐ Beitritt zur **gesetzlichen Versicherung** (z. B. bei Zuzug aus dem Ausland oder ohne vorherige gesetzliche Krankenkasse)

Angaben zur Person (laut Ausweisdokument)

Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers	☐ unbestimmt	
Name				Vorname(n)	
Straße, Hausnr.				PLZ, Ort	
Geburtsdatum				Geburtsort	
Geburtsname				Geburtsland	
Nationalität				Familienstand	
Telefon*				E-Mail*	

Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer Steht im Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Allgemeine Angaben (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich bin ...
- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Arbeitnehmer:in | ☐ Auszubildende:r | ☐ Student:in
(bitte Immatrikulationsbescheinigung beilegen) |
| ☐ Schüler:in
(bitte Schulbescheinigung beilegen) | ☐ Rentner:in
(bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen) | ☐ Bezieher:in von ALG I
(bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen) |
| ☐ Beamtin bzw. Beamter | ☐ nicht Erwerbstätige:r | ☐ Sozialhilfeempfänger:in |
| ☐ Künstler:in | ☐ Selbstständige:r
ohne Anspruch auf Krankengeld | ☐ Selbstständige:r
mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche |

Ich war zuletzt ...

- ☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert ☐ privat krankenversichert/freie Heilfürsorge

Name der Krankenkasse

☐ nicht krankenversichert ☐ nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am

Arbeitgeber:in beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro

Name Arbeitgeber:in

Anschrift Arbeitgeber:in

Ich bin mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin verwandt:

☐ Nein ☐ Ja, Verwandtschaftsgrad

Ich bin Geschäftsführer:in der Firma:

☐ Nein ☐ Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)

Ich bin Gesellschafter:in der Firma:

☐ Nein ☐ Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

Weitere Angaben

Ich beziehe eine ausländische Rente, einen (kapitalisierten) Versorgungsbezug:

☐ Nein ☐ Ja (bitte Nachweis beifügen)

Familienversicherung

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern:

☐ Nein ☐ Ja, bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die mkk sofort informieren.

*Die Angaben meiner Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) sowie meines Bruttogehaltes sind freiwillig.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die mkk meine oben genannten Kontaktdaten verarbeitet. Die mkk darf mich zu individuellen Leistungsansprüchen und allgemein über eigene Produkte und Services informieren. Zusätzlich können meine Kontaktdaten zu Mitgliederbefragungen genutzt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft einschränken bzw. widerrufen.



Datum, Unterschrift

Diese Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch uns und die Rechte der Kundinnen und Kunden nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung stehen auf unserer Homepage unter www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/.

Bitte senden an:

per Post mkk - meine krankenkasse, Neukundenservice, 10857 Berlin, per E-Mail neukundenservice@meine-krankenkasse.de