

Die Krankenversicherung für Arbeitnehmer und Familien



Antwort

Hamburg Münchener Krankenkasse
Regionalzentrum
Lessingstraße 2
04109 Leipzig

Ja, ich möchte Mitglied der Hamburg Münchener werden

ab _____

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Handy tagsüber¹ _____

E-Mail¹ _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

Geschlecht weiblich männlich

Rentenversicherungsnummer _____

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

¹ Diese Angaben sind freiwillig.

Bisherige Versicherung

Mitglied (MG), Familienversicherung (FV), private Krankenversicherung (PKV), nicht versichert (N)

von	bis	Art der Versicherung				Krankenkasse/Versicherungsträger
		MG	FV	PKV	N	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Zuletzt familienversichert bei

Name des Mitglieds _____

Geburtsdatum _____

Versicherungsnummer _____

Zuletzt nicht versichert

Grund (z.B. Auslandsbeschäftigung, Heilfürsorgeanspruch)
Bitte Kündigungsbestätigung der Vorkasse beifügen, wenn Sie in den letzten 18 Monaten selbst Mitglied einer anderen Krankenkasse waren.

Mein Arbeitgeber ist die Firma

Name des Betriebes _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Meine Beschäftigung beginnt

am _____

als (Berufsbezeichnung) _____

mit einem mtl. Bruttoarbeitsentgelt von _____ EUR

Ich bin an der Firma/Gesellschaft beteiligt ja nein

Ich bin neben dieser Beschäftigung selbstständig/freiberuflich tätig ja nein

Ich bin mit meinem Arbeitgeber verheiratet, verwandt, verschwägert bzw. lebe mit ihm in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft ja nein

Ich bin von der Kranken-, Renten-, Pflegeversicherungspflicht befreit (bitte Nachweis beifügen) ja nein

Ich bin Rentenantragsteller oder Rentenbezieher ja nein

Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften eigene Ansprüche auf Beihilfe/Heilfürsorge bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit ja nein

Für meine Angehörigen beantrage ich

zusätzlich die kostenlose Familienversicherung ja nein

Ich habe Kinder (auch Stief-/Adoptiv-/Pflegekinder) ja nein
(bitte Nachweis beifügen)

Datum _____

Unterschrift _____

Bearbeitungsvermerk Hamburg Münchener Krankenkasse
Empfohlen von **Unister GmbH/ Frau Schmidt**

Geprüft _____ C 2 01 versandt am _____ SPS _____