

# Zum Ausbildungsstart die passende Krankenversicherung



## 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<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Geschlecht  weiblich  männlich

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Wenn Sie noch keine Rentenversicherungsnummer haben

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Diese Angaben sind freiwillig.

### Meine Berufsausbildung beginnt

am \_\_\_\_\_

im Ausbildungsberuf \_\_\_\_\_

mit einem mtl. Bruttoarbeitsentgelt von \_\_\_\_\_ EUR

### Mein Arbeitgeber ist

Name des Betriebes \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Ich erhalte Rente

(z.B. Waisenrente)  ja  nein

### 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"/>	_____

Bitte Kündigungsbestätigung der Vorkasse beifügen, wenn Sie in den letzten 18 Monaten selbst Mitglied einer anderen Krankenkasse waren.

### Zuletzt familienversichert bei

Name des Mitglieds \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Hinweis: Die Angabe der persönlichen Sozialdaten ist für die Durchführung unserer Aufgaben gemäß § 284 SGB V sowie § 94 SGB XI erforderlich.

Bearbeitungsvermerk Hamburg Münchener Krankenkasse

Empfohlen von **Unister GmbH/ Frau Schmidt**

Geprüft \_\_\_\_\_

C 2 01 versandt am \_\_\_\_\_

SPS \_\_\_\_\_