

# Anmeldung für die freiwillige Krankenversicherung



Antwort

**Hamburg Münchener Krankenkasse  
Regionalzentrum**  
Elsterstraße 51  
04109 Leipzig

**Ja, ich wähle** die freiwillige Mitgliedschaft bei der Hamburg Münchener Krankenkasse einschließlich Pflegeversicherung

ab

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon/Handy<sup>1</sup>

E-Mail<sup>1</sup>

Geburtsdatum

Familienstand

Geschlecht  weiblich  männlich

Rentenversicherungsnummer  
(falls bekannt)

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

## Ich bin zurzeit

Arbeitnehmer

selbstständig erwerbstätig

Student(in), Schüler(in)

Rentenantragsteller(in), Rentner(in)

nicht erwerbstätig

Datum

Unterschrift

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

## Ich beantrage die freiwillige Versicherung

im Anschluss an die Pflichtversicherung bei einer anderen Krankenkasse

Eine Kündigungsbestätigung der Vorkasse

liegt vor  kann ich nachreichen

in Fortsetzung der bisher bei einer anderen Krankenkasse bestehenden freiwilligen Versicherung

Eine Kündigungsbestätigung der Vorkasse

liegt vor  kann ich nachreichen

nach dem Ende der Familienversicherung

nach einem Auslandsaufenthalt in \_\_\_\_\_

Nachweis liegt bei  kann ich nachreichen

sonstiger Grund

## Für meine Angehörigen beantrage ich

zusätzlich die kostenlose Familienversicherung

ja  nein

Ich habe Kinder (auch Stief-/Adoptiv-/Pflegekinder)

ja  nein

(bitte Nachweis beifügen/einreichen)

**Der monatliche Beitrag** wird überwiesen

ja

von

soll per Einzugsermächtigung abgebucht werden

ja

Konto Nr.

Bank

BLZ

Kontoinhaber

Bearbeitungsvermerk Hamburg Münchener Krankenkasse

Empfohlen von **Unister GmbH/ Frau Schmidt**

Geprüft

VKL

SPS