

Top-Leistungen für Ihre Gesundheit

SportBonus

Geldprämie für sportliche Aktivitäten im Sportverein oder im Fitnessstudio

je 70 Euro

Schwangerschaftspaket

Für z.B. zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen, Hebammenrufbereitschaft

200 Euro

Osteopathie

Bis zu 5 Behandlungen im Jahr oder davon 50 Euro für alternative Heilverfahren

150 Euro

AktivBonus

Geldprämie für Vorsorgemaßnahmen

je 5 bis 15 Euro

AktivBonus junge Familie

Für regelmäßige Vorsorge während der Schwangerschaft

100 Euro

AktivBonus junior

Für die Teilnahme an Kinder- und Jugendvorsorgemaßnahmen

500 Euro

Gesundheitskurse

Zweimal jährlich bis zu 80 Euro für qualitätsgesicherte Gesundheitskurse

160 Euro

Reiseschutzimpfungen

Erstattung vorgeschriebener Schutzimpfungen + 10 Euro AktivBonus

100 %

 **KNAPPSCHAFT**
für meine Gesundheit!

Medizinisches Kompetenznetz

Kliniken, Reha-Einrichtungen und eigenen Ärzten sowie ambulanter Behandlung im Knappschaftskrankenhaus

Ihr Ansprechpartnerin:

Nadine Wendt

0160 929 567 84

Telefonisch oder per WhatsApp
nadine.wendt@knappschaft.de



Ja, ich möchte ab (TTMMJJJJ) _____ Mitglied der KNAPPSCHAFT werden.

Persönliche Angaben

Anrede _____ Titel _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsort _____

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) _____ Staatsangehörigkeit _____

Geschlecht: weiblich männlich unbestimmt divers Familienstand*: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Land _____

Krankenversicherungsnummer _____ Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) _____

Bei Rückfragen erreichen Sie mich telefonisch* _____

per E-Mail* _____ * freiwillige Angabe

Angaben zum Personenkreis (Mehrfachnennung möglich)

Ich bin seit (TTMMJJJJ) _____ beschäftigt (kein Minijob) in Ausbildung in Elternzeit

Name des Arbeitgebers _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

ich beziehe Arbeitslosengeld I ich beziehe Arbeitslosengeld II ich bin Rentnerin/Rentner (Bitte Anlage für Rentner ausfüllen)

ich bin selbstständig tätig ich bin Studentin/Student (Bitte Anlage für Studenten und Praktikanten ausfüllen)

Angaben zum bisherigen Versicherungsverhältnis

Name der Krankenkasse _____

von (TTMMJJJJ) _____ bis (TTMMJJJJ) _____ pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert

Zuzug aus dem Ausland privat versichert bei _____

Angaben zum Grund des Krankenkassenwechsels

Ich werde zum (TTMMJJJJ) _____ den Arbeitgeber wechseln pflichtversichert (z. B. als Arbeitnehmer, Rentner)

Ich möchte die Mitgliedschaft bei meiner Krankenkasse kündigen (Bindungsfrist von mindestens 12 Monaten ist erfüllt) Meine bisherige Krankenkasse erhöht den Zusatzbeitragsatz (Sonderkündigungsrecht)

Weitere Angaben

Ich habe Familienangehörige, die bei der KNAPPSCHAFT beitragsfrei mitversichert werden sollen. (Bitte den Antrag zur Familienversicherung vollständig ausfüllen und unterschreiben)

Meine Unterschrift

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte beachten Sie die beiliegenden Informationen zum Datenschutz. Diese finden Sie auch online unter www.knappschaft.de/datenschutz

Nur für interne Zwecke

Vertriebspartner-/Vermittler-Nr. _____ MA - 4i-Kennung **4 1 1 1 5 5 5** BBNR AG _____ Adressquelle _____