

KKH 独一无二的电子签系统

简单流程如下:



注重环保, 无纸办公, 无须打印, 无须邮寄。
只需要用手机或者平板电脑实现远距离投保。

Download Adobe Reader App:

下载APP "Adobe Acrobat", 根据系统点击下面Logo即可:



个人信息

Studium / KKH ab: (学习开始日期)	
Anrede: (先生 / 女士)	
Vorname: (名)	
Nachname: (姓)	
Straße, Hausnr.: (住址, 门牌号)	
Straße-Zusatz: (转交地址 - c/o, Zimmernr.)	
Postleitzahl: (邮编)	
Ort: (城市)	
Geburtsdatum: (出生年月)	
Geburtsort: (出生地)	
Telefonnummer: (联系电话)	
Email: (电子邮箱)	
IBAN: (银行账号 IBAN)	
Vorkasse: (前保险-私立保险)	
Universität: (大学的名称)	
Fachsemester: (学期)	
Bachelor / Master: (本科 / 研究生)	
Studienfach: (专业)	

Open PDF with APP:

击左上角 "更多"
选中 Adobe Acrobat 打开



FILL Form on this page:

填写左侧空格处 "个人信息"
然后 "FILL OUT (1)"



长按 "SIGN (2)"
这一栏并选择 "手绘" 功能



SIGN Page 2 - 4:



触屏上签下名字并点击右
上角 "保存"



SEND as Email to KKH:

然后点击
"SEND MAIL (3)"



点击 "共享原始文档"
并发送邮件, 结束



KKH Beitrittserklärung

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Ja, ich werde zum _____ Mitglied der KKH.

Frau Herr Anredezusatz _____

Name, Vorname _____

Ggf. Geburtsname _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon/mobil* _____

E-Mail* _____

ledig verheiratet verwitwet geschieden verpartnert**

_____ noch keine vorhanden
Rentenversicherungsnummer _____

Allgemeine Angaben zum Versicherungsschutz

Ich bin ...

Arbeitnehmer(in) Auszubildende(r) Student(in)
 Rentner(in)/ Selbstständige(r) (Bitte Antrag auf einkommensabhängige Beitragsbemessung ausfüllen)
Pensionär(in)

Sonstiges _____

Name Arbeitgeber/Hochschule _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

beschäftigt seit/studiere ab/bis vorauss. _____ mtl. Bruttoentgelt (EUR)

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt/verschwägert.

Ich bin an der Firma (Gesellschaft) beteiligt.

Art der Beteiligung _____

Ich habe eine weitere Beschäftigung.

Ich bin (daneben) seit _____ selbstständig erwerbstätig.

Ich beziehe eine Rente (z. B. Waisen-, Witwen-, Betriebsrente oder Versorgungsbezug).

* Freiwillige Angaben

** Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

Ich war zuletzt ...

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Bitte Kündigungsbestätigung beifügen)

familienversichert

privat krankenversichert (Bitte aktuellen Versicherungsnachweis beifügen)

von _____ bis _____ bei der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat)

Zuzug aus dem Ausland am _____

Ich war bislang in Deutschland noch nie gesetzlich krankenversichert.

Zusätzliche Angaben bei Studenten

Ich studiere im _____ Fachsemester Bachelor Magister

Studiengang (Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

Ich beantrage monatliche Beitragszahlung. (Einzugsermächtigung erforderlich)

Sonstige Angaben

Ich möchte Familienangehörige gerne kostenfrei mitversichern. (Bitte auch den Antrag auf Familienversicherung ausfüllen)

Ich habe Kinder. (Wichtig für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung)

Ich habe anerkannte Leistungsansprüche gegenüber dem Versorgungsamt, einer Berufsgenossenschaft oder anderen Trägern.

Die KKH wurde mir empfohlen durch:

Name, Vorname _____

Der/Die Empfehler/in ist mit der Weitergabe der o. g. Daten für die Auszahlung einer Prämie einverstanden.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die KKH mich zu den unten angekreuzten Themen per E-Mail, Telefon, Fax oder SMS informiert und zu diesen Zwecken *auch meine Kontaktdaten speichert*, verarbeitet und nutzt.

Kundenbefragung

KKH Produkte und Services

private Zusatzversicherungen der KKH Kooperationspartner

Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch formlose Erklärung an die KKH, z. B. per Telefon, E-Mail oder Brief, widerrufen.

Pflegekasse bei der KKH

Die Anmeldung schließt die Pflegeversicherung bei der KKH mit ein.

Nein, ich bin von der sozialen Pflegeversicherung befreit. (Bitte Nachweis beifügen)

Die Angaben sind zur Erfüllung der Aufgaben der KKH, insbesondere der Antragsbearbeitung, erforderlich; die Daten werden aufgrund § 280 Abs. 2 SGB IV, § 284 SGB V und § 94 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte den beiliegenden Informationen sowie unserer Internetseite www.kkh.de/datenschutz. Die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Antrag bestätige ich durch meine Unterschrift.

Datum _____

Unterschrift _____

KKH, Hauptverwaltung, 30125 Hannover
Telefon 0511 2802-0
www.kkh.de



Kaufmännische
Krankenkasse

SEPA-Lastschriftmandat

Allgemeine Angaben

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Servicezeichen

Mandats-ID (wird von der KKH vergeben)

Ich ermächtige die KKH (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58KKH00000263929), **Beitragszahlungen ab Beitragsmonat/Jahr** _____ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KKH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Vorname und Name Kontoinhaber/Firma

Wenn abweichender Kontoinhaber, bitte zusätzlich ausfüllen:

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Ort, Datum und **Unterschrift** des Kontoinhabers (ggf. gesetzlicher Vertreter o. Bevollmächtigter)
(Diese Erklärung gilt, solange sie nicht der KKH gegenüber widerrufen wird.)

Wichtig:

Das Mandat ist nur vollständig ausgefüllt mit Datum und Unterschrift gültig.
Änderungen teilen Sie uns bitte schriftlich mit.

KKH

Kaufmännische
Krankenkasse

Teilnahmeantrag Vital-Tarif

Allgemeine Angaben zum Mitglied

Name

Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Tarifeintritt zu Beginn des nächsten Quartals (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.) ab _____

Meine Prämie überweisen Sie bitte auf folgendes Konto:

IBAN

BIC

Geldinstitut

Kontoinhaber

Die beiliegenden Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Eine Kopie des Teilnahmeantrages sowie der Teilnahmebedingungen habe ich erhalten.

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der KKH nach § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 53 SGB V erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite www.kkh.de/datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift Tarifteilnehmer (ggf. Erziehungsberechtigter)

KKH

Kaufmännische
Krankenkasse