



Anschrift und Sitz
krankenkassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontaktdaten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@krankenkassennetz.de
Website : www.krankenkasseninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** zu werden, gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei Beginn der Selbstständigkeit können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** wählen.

In dem Fall genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** innerhalb von 14 Tagen nach Beginn zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname		Name		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Name der Krankenkasse des Ehegatten*	
		<input type="checkbox"/> divers		Rentenversicherungsnummer	
Straße Hausnummer					
PLZ Ort					
Telefon*		E-Mail*		Geburtsname Staatsangehörigkeit	
				Geburtsort Geburtsland	

2. ICH BIN/ICH WERDE

Arbeitnehmer/in (mtl. Einkommen über 556,00 €)

Auszubildende/r

freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
Meine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
 zahlt der Arbeitgeber
 zahle ich selbst, meine Steuer-ID lautet:

Ich gehöre zu folgendem Personenkreis und benötige eine Versicherung als:

Student/in/Praktikant/in Rentner/in/Rentantragsteller/in
 Selbstständige/r Bezieher von Arbeitslosengeld I**
 Bezieher von Arbeitslosengeld II/ Bürgergeld**
 Sonstige (z. B. Beamte/r, Sozialhilfeempfänger/in):**

3. ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Name des Arbeitgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Beschäftigungsbeginn

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert.
 Ich bin Gesellschafter/in und/oder Geschäftsführer/in.

4. EINKOMMENSANGABEN

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung)**

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ausländische Rente**

Meine Einnahmen übersteigen regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2025: 73.800,00 € pro Jahr, 6.150,00 € pro Monat)
 Ja Nein

5. ANGABEN ZUR LETZTEN VERSICHERUNG

Ich war zuletzt:
 pflichtversichert familienversichert
 freiwillig versichert privat versichert

im Ausland:

von bis

Name der letzten Krankenkasse:

Versichertennummer:
Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte Ihrer aktuellen Krankenkasse.

6. ANGABEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige (z. B. Kinder, Ehegatte) kostenlos mitversichern: Antrag liegt bei bitte zusenden

7. ANGABEN SERVICEPARTNER (wird vom Servicepartner ausgefüllt!)

Vermittlernummer

Vor- und Nachname

Unterschrift

8. UNTERSCHRIFT

Ich bin einverstanden, dass ich von der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER Informationen per Telefon oder E-Mail bekomme. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkkgs.de/datenschutz.

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sofort verständigen.

Ort, Datum, Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – SGB X): Die Erhebung der vorstehenden Angaben (Sozialdaten) ist für die ordnungsgemäße Durchführung der Krankenversicherung erforderlich und nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zulässig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

LB Fam LB AK-Nr: Interne Vermerke VM-Nr: * Freiwillige Angaben ** Bitte Bescheid beifügen

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK GILD.-SEID.
Waisenhausring 6
06108 Halle (Saale)

... der schnelle Weg zur Mitgliedschaft

- (1) das Antwortfeld an der markierten Linie abschneiden
- (2) auf einen Briefumschlag kleben
- (3) Beitrittserklärung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.

