



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

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK Scheufelen** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Baden-Württemberg wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (info@kranken Kassennetz.de).

Die **BKK Scheufelen** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Achtung: Wenn du nicht binnen 14 Tagen nach Beginn der Ausbildung eine Krankenkasse gewählt hast, wirst du vom Ausbildungsbetrieb bei der Krankenkasse angemeldet, in der du bisher familienversichert warst. Die Krankenkasse deiner Eltern muss aber nicht immer auch die beste Krankenkasse für dich sein.

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Beitrittserklärung per Fax an 07021 7374297 oder per E-Mail an vm@bkk-scheufelen.de

1. Persönliche Angaben: Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen! * Freiwillige Angaben

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Straße und Nr.:	PLZ und Ort:	Familienstand:	
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:	
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Für eventuelle Erstattungen IBAN:		Für eventuelle Erstattungen BIC:	
Ich bin Mutter / Vater eines / mehrerer Kindes/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Steuer-ID:	

2. Beginn der Mitgliedschaft: Bitte zutreffendes Feld ausfüllen bzw. ankreuzen!

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen zum:

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden? Ja, der Antrag liegt bei Ja, bitte Antrag zusenden Nein

3. Angaben zum Versicherungsverhältnis: Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

Arbeitnehmer/in

Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers: Tel.: Fax: Betriebsnummer: (wenn bekannt)
Meine Tätigkeit ist: <input type="checkbox"/> Geringfügig entlohnt (Minijob) <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig	<input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)
Ausbildung <input type="checkbox"/> FSJ <input type="checkbox"/>	Beitragsabführung durch (nur wenn krankenversicherungsfrei) <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer

Freiwillig Versicherte/r – Bitte zusätzlich die „Anlage zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung“ ausfüllen!

Tätigkeit als: Selbstständige/r Beamte/r Hausfrau/-mann bzw. nicht berufstätig
 Freiwillige/r Rentner/in (Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt)

Student/in oder Schüler/in – Bitte Immatrikulations- bzw. Schulbescheinigung beifügen!

Tag der Einschreibung / Anmeldung: Name und Anschrift der Hochschule / Uni / Schule:
 Ich bin Schüler/in und beende meine Schule vorauss. am:

Rentner/in oder Rentenantragssteller/in – Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen!

Ich beziehe folgende gesetzliche Rente(n): Name des / der Rentenversicherungsträger(s):
Datum der Antragstellung: Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente):
 Nein Ja (Bitte Bescheid beifügen)

Arbeitssuchende/r – Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!

Ich beziehe folgende Leistung: Arbeitslosengeld 1 Bürgergeld Ich beziehe die Leistung seit dem:
Kundennummer (wenn bekannt): Ort des Leistungsträgers:

4. Angaben zur letzten Versicherung: Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen war ich:
 Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse privat versichert
 zugezogen aus dem Ausland
von – bis: bei: (Name der Krankenkasse).....

5. Ort, Datum, Unterschrift: Bitte ausfüllen!

Ich bestätige hiermit, dass sich mein Wohn- oder Beschäftigungsort in Baden-Württemberg befindet.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte SEPA-Lastschriftmandat einreichen!

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §§ 284 i. V.m. § 775 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungspflichten Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK Scheufelen, 72228 Kirchheim oder an unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bkk-scheufelen.de

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK Scheufelen
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.

