



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. Wenn Sie in Hamburg, Nordrhein-Westfalen oder Sachsen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK VDN** eintreten. Dafür 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 VDN** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



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



Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK VDN** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK VDN** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

- Arbeitgeberwechsel
- Wechsel nach Ablauf der Kündigungsfrist
- Sonderkündigungsrecht

Persönliche Angaben		 Bitte vollständig ausfüllen!
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Name:		Vorname:
Anschrift:		
Geburtsdatum:		Geburtsort:
Geburtsland:		Versicherten-Nr.:
Familienstand:		
Bei mir bestehen Personen-/Gesundheitsschäden <input type="checkbox"/> Ja		
 Die Frage dient ausschließlich der Prüfung möglicher Erstattungs- oder Ersatzansprüche gegenüber Dritten (z. B. Unfallfolgen, Behandlungsfehler).		
Steuer-Identifikations-Nr.:		Rentenversicherungs-Nr. (RV-Nr.):
Weitere Angaben, wenn Ihnen keine RV-Nr. vorliegt: Geburtsname, Staatsangehörigkeit:		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		


Angaben zur bisherigen Krankenversicherung

Ich war zuletzt pflichtversichert privat versichert
 freiwillig versichert familienversichert

Letzte Versicherung vom bis

Name meiner bisherigen Krankenversicherung:

Angaben zum Rentenbezug

Ich beziehe eine Rente oder habe eine beantragt.
 Ich erhalte Versorgungsbezüge z. B. Betriebsrenten, Kapitalleistungen.
 Ich beziehe eine Auslandsrente.
 Bitte Nachweis beifügen!

Angaben zum Arbeitgeber

Ich bin beschäftigt seit:


Name meines Arbeitgebers:

Anschrift meines Arbeitgebers:


Die Beiträge werden gezahlt von

meinem Arbeitgeber.
 von mir selbst.

Angaben zur Pflegeversicherung


Ich bin Mutter/Vater mindestens eines Kindes.
 Bitte entsprechenden Nachweis einreichen (z. B. Geburtsurkunde)!

Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden?

nein
 ja  Bitte Aufnahmeantrag Familienversicherung ausfüllen!

Zusätzliche Angaben

Ich bin Auszubildender.
 Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus.
 Ich beziehe Arbeitslosengeld I.*
 Ich beziehe Arbeitslosengeld II.*
 Ich bin erstmalig in Deutschland versichert.
 Ich bin beihilfeberechtigt.*

 * Bitte Leistungsbescheid beifügen!

Angaben für Rückfragen

Telefonnummer:


E-Mail:

Datenschutzhinweis!

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

X

 Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK VDN
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.

