



Anschrift und Sitz  
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://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 VDN** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Hamburg, Nordrhein-Westfalen oder Sachsen 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](mailto:info@kranken Kassennetz.de)).



Die **BKK VDN** 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.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

- Arbeitgeberwechsel
- Wechsel nach Ablauf der Kündigungsfrist
- Sonderkündigungsrecht

<b>Persönliche Angaben</b>		 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.):
<b>Weitere Angaben, wenn Ihnen keine RV-Nr. vorliegt:</b> 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.**

