

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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.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 krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK Verbund plus** ist für dich unkompliziert möglich. 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@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **BKK Verbund plus** 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

Vermittlernummer
Ordnungsbegriff <b>01550214328</b>

Ich möchte zum  Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

## Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt
Straße/Hausnummer		PLZ/Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsland	Rentenversicherungsnummer (falls bekannt)
Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn <b>noch keine</b> Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.		
Geburtsort	Geburtsname	Staatsangehörigkeit

## Versicherungsstatus zum gewünschten Mitgliedsbeginn

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer:in	<input type="checkbox"/> Ich bin/ werde Auszubildender seit/ ab	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler:in (Schulbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> Ich bin Student:in an einer an einer Fach-/Hochschule (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)
Einkommen <input type="checkbox"/> bis zu 6.465,00 € jährlich <input type="checkbox"/> 6465,01 € bis 69.299,99 € jährlich <input type="checkbox"/> über 69.300,00 € jährlich		Betriebsnummer (falls bekannt)	
Arbeitgeber		Falls neue Beschäftigung: Beschäftigungsbeginn	
Straße/Hausnummer		PLZ/Ort	
<input type="checkbox"/> Ich bin hauptberuflich selbstständig			
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem		<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in (Ort) seit (Datum)	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen vom Jobcenter in (Ort) seit (Datum)			

## Bisherige Krankenversicherung

In den letzten 12 Monaten war ich bei folgender Krankenkasse versichert:  
Name und Sitz

Versicherungsbeginn	Versicherungsende
---------------------	-------------------

Ich bin pflichtversichert/freiwillig versichert  Ich bin familienversichert  Ich bin nicht gesetzlich versichert

Mein Ehepartner/Meine Ehepartnerin und/oder Kinder sollen bei der BKK VerbundPlus familienversichert werden (Bitte Antrag „Familienversicherung“ ausfüllen).

Kontaktdaten für Rückfragen (freiwillige Angaben)

E-Mail	Telefonnummer Festnetz Vorwahl Rufnummer	Telefonnummer mobil Vorwahl Rufnummer
--------	---	--

Mir ist bekannt, dass es sich hier um freiwillige Angaben handelt, die keine Auswirkungen auf die Beurteilung des Antrages haben (vgl. Art. 6 Abs. 1.lit. a DSGVO). Meine Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse (sofern angegeben) kann die BKK VerbundPlus für die Kontaktaufnahme bei Fragen zu meiner Kranken- und Pflegeversicherung verwenden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen (vgl. Art. 7 DSGVO). Die genauen Details zu den Datenschutzhinweisen und meinen Rechten bei der Datenverarbeitung finde ich unter [www.bkk-verbundplus.de/datenschutz](http://www.bkk-verbundplus.de/datenschutz).

Im Rahmen dieser Beitrittserklärung erlaube ich der BKK VerbundPlus Kontakt mit dem oben angegebenen Vermittler aufzunehmen und personenbezogene Daten auszutauschen.

Ort/Datum	Unterschrift <b>X</b> Dieser Fragebogen wurde online ausgefüllt und benötigt daher keine Unterschrift.
-----------	---

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Grundsätzlich beginnt mit der Mitgliedschaft in der BKK VerbundPlus auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK VerbundPlus  
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.**

