



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 VerbundPlus** 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 VerbundPlus** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK VerbundPlus** 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 VerbundPlus** wählen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

| |
|---------------------------------------|
| Vermittlernummer |
| Ordnungsbegriff 01550214328 |

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 noch keine 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.

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

| | |
|-----------|---|
| Ort/Datum | Unterschrift X 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.

