



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Bayern oder Hessen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK Werra-Meissner** 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](mailto:info@krankenkasseninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK Werra-Meissner** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK Werra-Meissner** 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 Werra-Meissner** 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 Werra-Meissner** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# BEITRITTSERKLÄRUNG



Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

JA, ICH MÖCHTE BKK WERRA-MEISSNER MITGLIED WERDEN AB

TT MM JJJJ

## PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Sonstiges		Krankenversicherungsnummer
Titel		Sozialversicherungsnummer
Vorname		Geburtsdatum
Nachname		Geburtsname
Straße	Nr.	Geburtsort
PLZ	Wohnort	Staatsangehörigkeit
Telefon		Steueridentifikationsnummer
Handy		E-Mail
Name der Bank		
IBAN D E		
BIC (nur bei Auslandskonto)		

## ANGABEN ZUM FAMILIENSTAND

Familienstand  
 ledig  verheiratet  Lebenspartnerschaft  verwitwet  geschieden  getrennt lebend  verwaist

Ich habe Angehörige (Ehegatte/-gattin, Kinder), die beitragsfrei mitversichert werden sollen

Antrag auf Familienversicherung:  
 liegt bei  wird nachgereicht  bitte zusenden

## RENTENBEZUG

<input type="checkbox"/> Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.	<input type="checkbox"/> Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).
<input type="checkbox"/> Ich erhalte Pflegeleistungen.	<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine Auslandsrente.

## LICHTBILD FÜR IHRE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Senden Sie uns Ihr Foto ganz einfach per Mail an [info@bkk-wm.de](mailto:info@bkk-wm.de)

# BEITRITTSERKLÄRUNG



## ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG

Ich war zuletzt versichert bei	<input type="radio"/> Ich bin bisher familienversichert über
	Name des Hauptversicherten
<input type="radio"/> Ich bin nicht gesetzlich versichert <input type="radio"/> Ich komme aus dem Ausland	Geburtsdatum des Hauptversicherten

## ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

<input type="radio"/> Ich bin Arbeitnehmer/in <input type="radio"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> Ich befinde mich zur Zeit in Elternzeit <input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit in/seit (Ort/Datum)
Arbeitgeber	
Straße	Nr.
PLZ	Ort
Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum) <input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus <input type="checkbox"/> Ich übe nebenbei eine selbständige Tätigkeit aus
Der Arbeitgeber ist mit mir verwandt/ verschwägert bzw. mein/e Lebenspartner/in <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ich bin aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts <input type="radio"/> versicherungspflichtig <input type="radio"/> versicherungsfrei
	Das Arbeitsverhältnis besteht seit

Ich wurde geworben durch: krankenkassennetz.de GmbH, Betreuungsnummer 121

Ich bin einverstanden, dass Sie meine zur Meldung verpflichtete Stelle (z. B. Arbeitgeber oder Jobcenter) über meinen Krankenkassenwechsel informieren.

## UNTERSCHRIFT

Ort	Datum	Unterschrift <b>X</b>
-----	-------	--------------------------

### Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der BKK Werra-Meissner notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie auf unserer Homepage [www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz](http://www.bkk-werra-meissner.de/datenschutz) oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Informationen gerne zu.

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 Werra-Meissner** auch der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK WERRA-MEISSNER  
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.**

