



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : 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 Werra-Meissner** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Bayern oder Hessen 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).

Die **BKK Werra-Meissner** 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

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

Ich beziehe Rente bzw. habe Rente beantragt.

Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Pension).

Ich erhalte Pflegeleistungen.

Ich beziehe eine Auslandsrente.

LICHTBILD FÜR IHRE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Senden Sie uns Ihr Foto ganz einfach per Mail an 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	Geburtsdatum des Hauptversicherten
<input type="radio"/> Ich komme aus dem Ausland	

ANGABEN ZUM PERSONENKREIS

<input type="radio"/> Ich bin Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)	
<input type="radio"/> Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab	<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.	<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen von dem Jobcenter in/seit (Ort/Datum)
PLZ	Ort
Telefonnummer	<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	Ich bin aufgrund der Höhe des Arbeitsentgelts	
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<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 X
-----	-------	--------------------------

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 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.

