



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.krankenkaserneninfo.de](http://www.krankenkaserneninfo.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. Die **BKK ZF & Partner** ist bundesweit außer in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern geöffnet. Um nun Mitglied in der **BKK ZF & Partner** 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@krankenkaserneninfo.de](mailto:info@krankenkaserneninfo.de)) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK ZF & Partner** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK ZF & Partner** 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 ZF & Partner** 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 ZF & Partner** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer



## Mitgliedschaftserklärung

<b>Persönliche Angaben</b>	Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der BKK ZF & Partner werden. <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers			
	Vorname	Nachname	Geburtsname	
	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	
	Staatsangehörigkeit	E-Mail	Telefon	
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	
	Bankverbindung: IBAN	BIC	Geldinstitut	
	Rentenversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer (Geburtsort/-name angeben)		
<b>Familienversicherung</b>	Ich habe Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	<input type="checkbox"/> Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei _____			
	<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (siehe Seiten 3 und 4)			
<b>Versicherungsgrundlagen</b>	<b>Ich möchte mich versichern als:</b>		<b>Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:</b>	
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) Freiwillige Versicherung	Name der Krankenkasse	
	<input type="checkbox"/> Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit* <small>* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.</small>	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)		
	<input type="checkbox"/> Rentner(in)	<input type="checkbox"/> Praktikant(in)	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
	Rentenbezug seit _____ <small>Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.</small>	<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich in Elternzeit bis _____	<input type="checkbox"/> freiwillig Versicherte(r)	<input type="checkbox"/> im Ausland versichert	
		<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite)	
		<input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt		
	<b>Anschrift Arbeitgeber:</b>			
	Firma	beschäftigt ab _____		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort		
Telefon	E-Mail			
<input type="checkbox"/> Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen. <input type="checkbox"/> Ich interessiere mich für den Wahltarif Prämienzahlung.				

Datum, Unterschrift

Die Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und nur zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben bei unserer Krankenkasse verwendet. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK ZF & Partner  
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.**

