



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

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst krankenversichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK ZF & Partner** ist für dich unkompliziert möglich. Die **BKK ZF & Partner** ist bundesweit außer in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern geöffnet. 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).

Die **BKK ZF & Partner** 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



Mitgliedschaftserklärung

Persönliche Angaben

Ja, ich möchte zum _____ Mitglied der BKK ZF & Partner werden. weiblich männlich divers

Vorname _____ Nachname _____ Geburtsname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____ E-Mail _____ Telefon _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Bankverbindung: IBAN _____ BIC _____ Geldinstitut _____

Rentenversicherungsnummer _____ Bitte beantragen Sie für mich eine Rentenversicherungsnummer (Geburtsort/-name angeben)

Familienversicherung

Ich habe Kinder ja nein

Mein Ehepartner / Lebenspartner ist versichert bei _____

Ja, ich möchte meine Familie ohne zusätzlichen Beitrag mitversichern (siehe Seiten 3 und 4)

Versicherungsgrundlagen

Ich möchte mich versichern als:

- Arbeitnehmer(in)
- Arbeitnehmer(in) Freiwillige Versicherung
- Leistungsbezieher(in) der Agentur für Arbeit*
* Bitte aktuellen Bewilligungsbescheid beifügen.
- Auszubildende(r)
- Rentner(in)
- Praktikant(in)
- Rentenbezug seit _____
Bitte aktuellen Rentenbescheid (auch Versorgungsbezug) beifügen.
- Student(in)
- freiwillig Versicherte(r)
- Ich befinde mich in Elternzeit bis _____
- Selbstständige(r)
- Ich bin beihilfeberechtigt

Ich war die letzten 12 Monate krankenversichert bei:

Name der Krankenkasse _____

- pflichtversichert
- freiwillig versichert
- familienversichert
- privat versichert
- im Ausland versichert
- Es liegt ein Statuswechsel vor (Informationen siehe Rückseite)

Anschrift Arbeitgeber:

Firma _____ beschäftigt ab _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich interessiere mich für Zusatzversicherungen. 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.

