



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

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK Verbund Plus** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BKK Verbund Plus** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BKK Verbund Plus** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK Verbund Plus** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Beitrittserklärung

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Rückantwort  
**BKK VerbundPlus**  
**Bismarckring 64**  
**88400 Biberach**

oder per **Fax: 0 73 51 / 18 24-31**  
Haben Sie Fragen?  
Unsere **Servicehotline: 0 800 / 22 34 987\***  
\* Anrufe aus dem Inland kostenfrei.

Ich möchte ab \_\_\_\_\_ Mitglied der BKK VerbundPlus werden.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsnr.: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Steueridentifikationsnr.: \_\_\_\_\_  
Ja  / Nein  (Ich erteile meine Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 10 Abs. 2a EStG. Die SteuerID-Nr. kann von der BKK VerbundPlus bei den Finanzbehörden angefordert werden.)

## Aktueller Versicherungsstatus

Ich bin Arbeitnehmer/in.  Ich bin/werde Auszubildende/r seit/ab: \_\_\_\_\_  
Der Arbeitgeber ist mit mir verwandt/verschwägert bzw. Sozialversicherungsausweis bestellen:  
mein/e Lebenspartner/in:  Ja  Nein  Ja (Ich habe noch keinen)  Nein (Bereits vorhanden)

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Faxnr.: \_\_\_\_\_

Ich bin hauptberuflich selbstständig.  
 Als Mitunternehmer/in einer Gesellschaft: \_\_\_\_\_ (Name und Rechtsform, z.B.: GmbH, OHG)  
 Als Einzelunternehmer/in

Ich beziehe Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem: \_\_\_\_\_  
 Ich beziehe Leistungen von der Agentur für Arbeit seit dem: \_\_\_\_\_  
 Ich bin Schüler/in oder Student/in an einer Fach-/Hochschule (Bitte Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung beifügen)

## Bisherige Versicherung

Bei welcher/n Krankenkasse/n waren Sie in den letzten 18 Monaten versichert?  
Name u. Sitz: \_\_\_\_\_  
Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_ Versicherungsende: \_\_\_\_\_

Ich bin pflichtversichert/freiwillig versichert.  
 Ich bin familienversichert.  
 Ich bin nicht gesetzlich versichert.

Mein/e Ehegatte/in u./o. meine Kinder sollen bei der BKK VerbundPlus familienversichert werden:  Nein  Ja (Bitte Antrag „Familienversicherung“ ausfüllen)

**WICHTIG:** Kündigungsbestätigung bitte zusammen mit der Beitrittserklärung einreichen!

Meine bisherige Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ (Bitte 10-stellige Krankenversicherungsnummer wie z. B. auf der elektronischen Gesundheitskarte vermerkt eintragen.)

Wenn ich möchte, dass Sie mich per E-Mail oder Telefon über aktuelle Angebote der BKK VerbundPlus informieren und beraten, dann gebe ich hier meine E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer an:

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftlich: \_\_\_\_\_  
Mit der Speicherung meiner Daten durch die BKK VerbundPlus zu diesem Zweck bin ich einverstanden. Diesen Service kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ 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 Betriebskrankenkasse 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 und Kündigungsbestätigung in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

