



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 **atlas BKK ahlmann** 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 **atlas BKK ahlmann** 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 **atlas BKK ahlmann** vorliegt.

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

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **atlas BKK ahlmann** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# Mitgliedschaftsantrag



Ja, ich werde Mitglied ab \_\_\_\_\_

- Arbeitnehmer/in     Auszubildende/r

1

## Angaben zur Person

- ledig                       verheiratet                       geschieden                       getrennt lebend  
 verwitwet                 eingetragene Lebenspartnerschaft  
 weiblich                     männlich

**Name:**

**Vorname:**

**Ggf. Geburtsname:**

**Geburtsort:**

**Geburtsdatum:**

**Straße, Hausnummer:**

**PLZ, Wohnort:**

**Telefonnummer:**

**E-Mail:**

**Staatsangehörigkeit:**

**Bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer** (Buchstabe+9 Ziffern):

**Rentenversicherungsnummer:**

**Steueridentifikationsnummer:**

- Der Übermittlung der Beiträge an die Finanzverwaltung stimme ich zu.

2

## Angaben zum Versicherungsverhältnis

**Name des Arbeitgebers:**

**Betriebsnummer:**

**Straße, Hausnummer:**

**PLZ, Ort:**

- Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis mit dem Arbeitgeber? Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Ich bin Gesellschafter oder Geschäftsführer einer Gesellschaft.
- Ich übe eine weitere Beschäftigung aus.
- Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit (bitte Bescheid beifügen).
- Ich erhalte Elterngeld/befinde mich in Elternzeit (bitte Bescheid beifügen).
- Ich bin beihilfeberechtigt nach beamtenrechtlichen Vorschriften (bitte Bescheid beifügen).
- Ich bin Student (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen).
- Ich habe keinen Sozialversicherungsausweis. Bitte beantragen Sie einen für mich.
- Ich habe Kinder (bitte Nachweis beifügen).
- Ich möchte meine Kinder beitragsfrei mitversichern (bitte den Antwortbogen zur Familienversicherung ausfüllen).
- Mein Ehepartner ist privat versichert.
- Mein Ehepartner ist nicht gesetzlich versichert.
- Mein Ehepartner ist bei folgender Krankenkasse versichert: \_\_\_\_\_
- Ich beziehe eine Rente.
- Ich beziehe Arbeitslosengeld II.



3

### Angaben zur Vorversicherung

Ich war in den letzten 18 Monaten	von	bis	Name der Krankenkasse
<input type="checkbox"/> pflichtversichert			
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert			
<input type="checkbox"/> privat versichert			
<input type="checkbox"/> familienversichert			
Name des Mitglieds, bei dem die Versicherung bestand: Geburtsdatum			
<input type="checkbox"/> nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung			Bitte Grund angeben:
<input type="checkbox"/> Ich habe meiner Krankenkasse zum			gekündigt.
<input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung liegt bei.			<input type="checkbox"/> Die Kündigungsbestätigung reiche ich nach.

4

### Bankverbindung

- Hiermit ermächtige ich die atlas BKK ahlmann, meine monatlichen Beiträge abzubuchen.
- Die Beiträge werden von meinem Arbeitgeber gezahlt.

<b>Geldinstitut</b>	
<b>Kontonummer</b>	<b>Bankleitzahl</b>
<b>IBAN</b>	<b>BIC</b>
Name, Anschrift und Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht mit dem Versicherten identisch)	

5

### Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

6

### Freundschaftswerbung

<b>Für Neumitglieder</b>	
<b>Mein Name:</b>	
<b>Die atlas BKK ahlmann wurde mir empfohlen von:</b>	<b>Statistik</b>
<b>Name, Vorname:</b> _____	
<b>Versicherungsnummer:</b> _____ <b>Geburtsdatum:</b> _____	
<b>Kreditinstitut:</b> _____	
<b>IBAN:</b> _____ <b>BIC:</b> _____	
<b>Meine Wunschprämie:</b>	
<input type="checkbox"/> 20 Euro	
<input type="checkbox"/> Zwei Kinogutscheine, gültig in einem von bundesweit mehr als 300 Kinos (Cineplex, Cinestar, Cinemaxx, UCI Kinowelt und Village Cinemas)	
<input type="checkbox"/> Ein Jahreslos von Aktion Mensch mit monatlicher Gewinnchance von bis zu 500.000 Euro	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des werbenden Mitglieds

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice atlas BKK ahlmann  
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.**

