



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

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

Die Mitgliedschaft bei der **atlas BKK ahmann** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen oder Schleswig-Holstein 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 (juergen.kunze@krankenkassennetz.de).

Die **atlas BKK ahmann** 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

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.

Hinweis: Die Erhebung der Daten ist nach §§ 9, 206 SGB V und § 50 SGB XI erforderlich. Die Angaben zur Telefonnummer und E-Mail-Adresse sind freiwillig. Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.



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.

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

5

Unterschrift

Datum, Unterschrift

6

Freundschaftswerbung

<u>Für Neumitglieder</u>	Statistik
Mein Name:	
Die atlas BKK ahlmann wurde mir empfohlen von:	
Name, Vorname: _____	
Versicherungsnummer: _____ Geburtsdatum: _____	
Kreditinstitut: _____	
IBAN: _____ BIC: _____	
Meine Wunschprämie:	
<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.

