



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 **Bergischen Krankenkasse** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Hamburg oder Nordrhein-Westfalen wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag rechtzeitig vor Beginn der Ausbildung im Rückumschlag zu uns.

Die **Bergische Krankenkasse** 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 möchte ab _____ Mitglied bei der Bergischen Krankenkasse werden.

Persönliche Angaben

Name		Vorname		Geschlecht	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Straße			PLZ/Ort		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Telefon-Nr. (tagsüber)		Telefon-Nr. (privat)		Geburtsdatum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
E-Mail			<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte den E-Mail-Newsletter erhalten.		Sozialversicherungsnummer
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsort	Familienstand	Geburtsland	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IBAN (für Leistungserstattungen)				BIC	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	

In den letzten 18 Monaten bei folgender KK versichert
 In den letzten 3 Jahren habe ich einen Wahltarif abgeschlossen

Ja Nein

Bei der Bergischen Krankenkasse versichere ich mich wie folgt

Pflichtmitglied
 freiwilliges Mitglied als

Ich beziehe eine Rente (Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)

Ja Nein

Die Beitragszahlung erfolgt durch

Arbeitgeber
 mich
 Künstlersozialkasse
 Mein Ehepartner ist selbst versichert und Mitglied bei der (freiwillige Angabe)

Auf die Bergische Krankenkasse wurde ich aufmerksam durch (z. B.: Aktionstag, Arbeitgeber, Außendienst, Internet, Empfehlung von ...) (freiwillige Angabe)

Bitte reichen Sie uns Ihre **Kündigungsbestätigung** zusammen mit dem Mitgliedschaftsantrag ein. Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass wir erst bei Vorliegen der Kündigungsbestätigung die Mitgliedschaft durchführen dürfen.

Mein Arbeitgeber (bzw. Universität, Ausbildungsbetrieb etc.)

Name		Ansprechpartner		Betriebsnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße			PLZ/Ort		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Telefonnummer		beschäftigt mich als		Beschäftigungsort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Vorbereitet für ein Fensterkuvert oder einfach faxen an: **0212 2262-411**

Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der Pflegeversicherung. Diese Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ort	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DIE BERGISCHE
KRANKENKASSE
Postfach 19 05 40
42705 Solingen**

Unterschrift

Zur internen Verarbeitung

Beraternummer

8207518

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BERGISCHE Krankenkasse
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.

