



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.krankenkasenninfo.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Wenn Sie in Hamburg oder Nordrhein-Westfalen wohnen oder arbeiten, können Sie in die **BKK Euregio** eintreten. Dafür gehen Sie bitte wie folgt vor:



Füllen Sie den beigefügten Antrag auf Mitgliedschaft (Wahlerklärung) aus und senden Sie diesen im Freiumschlag, per E-Mail (info@krankenkasenninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



Über ein elektronisches Austauschverfahren meldet Sie die **BKK Euregio** zum gewünschten Datum laut Antrag bzw. zum nächstmöglichen Termin bei Ihrer jetzigen Krankenkasse ab.



Von der **BKK Euregio** erhalten Sie Ihre neue Gesundheitskarte sowie alle Unterlagen für Ihre Mitgliedschaft.

Übrigens: Bei jedem Jobwechsel mit neuem Arbeitgeber können Sie ohne Kündigung oder Wartezeit direkt die **BKK Euregio** wählen. Das Gleiche gilt bei Beginn einer Ausbildung, bei Beginn oder Ende eines Studiums, einer Selbstständigkeit, einer Arbeitslosigkeit oder sonstigem Statuswechsel sowie bei Über- oder Unterschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

In all diesen Fällen genügt es, wenn Sie uns einen Mitgliedsantrag für die **BKK Euregio** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

Mitgliedschaftsantrag

Ich werde ab

Mitglied der BKK EUREGIO.

Name		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer			Geburtsdatum
<input type="text"/>			<input type="text"/>
PLZ	Wohnort		Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> LPartG <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet			
Rentenversicherungsnummer		Nur ausfüllen, falls noch keine Rentenversicherungsnummer vorliegt	
<input type="text"/>		Geburtsort	Geburtsname
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur ausgeübten Tätigkeit / Personenkreis			
Ich bin...			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Auszubildende(r)			
Name des Arbeitgebers:		<input type="text"/>	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):			
<input type="text"/>			
Beginn der Beschäftigung:		Bruttoarbeitsentgelt (mtl.)	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gesellschafter / Geschäftsführer			
<input type="checkbox"/> arbeitsuchend und beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit / Jobcenter (bitte Leistungsbescheid beifügen) Sollte noch kein Leistungsbescheid vorliegen, benötigen wir noch folgende Angaben von Ihnen:			
Name und Ort des Leistungsträgers:		<input type="text"/>	
Beginn der Leistung:		Kundennummer:	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rentner(in) / Rentenanspruchsteller(in) (bitte Rentenmitteilung beifügen) <input type="checkbox"/> Bezieher(in) von Versorgungsbezüge (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> zusätzlich selbständig bzw. freiberuflich tätig.			

Angaben zur Vorversicherung	
Ich war zuletzt...	
<input type="checkbox"/> gesetzlich bei der	
<input type="checkbox"/> privat versichert bzw. hatte Anspruch auf freie Heilfürsorge	
<input type="checkbox"/> im Ausland versichert bzw. habe dort gelebt: _____ (Name des Staates)	
<input type="checkbox"/> gesetzlich bei der	
Name der bisherigen Krankenkasse:	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> selbst versichert	

Familienangehörige	
<input type="checkbox"/> Ich möchte Angehörige (Ehe-/ Lebenspartner/-in, Kinder) beitragsfrei mitversichern.	
Antrag auf Familienversicherung <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> bitte zusenden	

E-Mail:

Datum

Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Telefonnummer (Angabe freiwillig)

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK EUREGIO
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.

