



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 **BKK Euregio** ist für dich unkompliziert möglich, wenn du in Hamburg oder NRW 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 (info@krankenkasseninfo.de).

Die **BKK Euregio** 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

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 | <input type="text"/> | Geburtsname |
| <input type="text"/> | <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.

