



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

Vielen Dank, dass Sie unseren Antragservice für Ihre neue Krankenversicherung nutzen. Um nun Mitglied in der **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** zu werden, 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@krankenkasseninfo.de) oder per Fax (0345 - 68266 - 29) an uns zurück.



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



Von der **BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** 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 GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** 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 GILDEMEISTER SEIDENSTICKER** innerhalb von 14 Tagen nach der Veränderung zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname _____		Name _____		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	
Geburtsdatum _____		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Name der Krankenkasse des Ehegatten* _____	
		<input type="checkbox"/> divers		Rentenversicherungsnummer _____	
Straße Hausnummer _____					
PLZ Ort _____					
Telefon* _____		E-Mail* _____		Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____	
				Geburtsort _____ Geburtsland _____	

2. ICH BIN/ICH WERDE

Arbeitnehmer/in (mtl. Einkommen über 520,00 €)

Auszubildende/r

freiwillig versicherte/r Arbeitnehmer/in
 Meine Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
 zahlt der Arbeitgeber
 zahle ich selbst, meine Steuer-ID lautet: _____

Ich gehöre zu folgendem Personenkreis und benötige eine Versicherung als:

Student/in/Praktikant/in Rentner/in/Rentenantragsteller/in
 Selbstständige/r Bezieher von Arbeitslosengeld I**
 Bezieher von Arbeitslosengeld II** /Bürgergeld**
 Sonstige (z. B. Beamte/r, Sozialhilfeempfänger/in):** _____

3. ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Name des Arbeitgebers _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Beschäftigungsbeginn _____

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert.
 Ich bin Gesellschafter/in und/oder Geschäftsführer/in.

4. EINKOMMENSANGABEN

Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente/Pension, auch als einmalige Kapitalleistung)**

Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ausländische Rente**

Meine Einnahmen übersteigen regelmäßig die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2023: 66.600,00 € pro Jahr, 5.500,00 € pro Monat)

Ja Nein

5. ANGABEN ZUR LETZTEN VERSICHERUNG

Ich war zuletzt:

pflichtversichert familienversichert
 freiwillig versichert privat versichert

im Ausland: _____

von _____ bis _____

Name der letzten Krankenkasse _____

Versichertennummer _____
 Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte Ihrer aktuellen Krankenkasse.

6. ANGABEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige (z. B. Kinder, Ehegatte) kostenlos mitversichern: Antrag liegt bei bitte zusenden

7. ANGABEN SERVICEPARTNER (wird vom Servicepartner ausgefüllt!)

888888 _____

Vermittlernummer _____

krankenkassennetz.de _____

Vor- und Nachname _____ Unterschrift _____

8. UNTERSCHRIFT

Ich bin einverstanden, dass ich von der BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER Informationen per Telefon oder E-Mail bekomme. Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.bkkgs.de/datenschutz.

Ich erkläre, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER sofort verständigen.

 Ort, Datum, Unterschrift

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK GILD.-SEID.
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.

