



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](mailto:info@krankenkassennetz.de)  
Website : [www.krankenkasseninfo.de](http://www.krankenkasseninfo.de)

Handelsregistereintrag  
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID  
DE 235 828 638

## Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK Henschel** zu wechseln gehen Sie wie folgt vor:

### Checkliste zum Kassenwechsel

1. Kündigen Sie zunächst Ihre alte Krankenkasse mit der **Musterkündigung** oder online über unseren **Kündigungsgenerator**. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende.
2. Die alte Krankenkasse wird Ihnen binnen 14 Tagen eine Kündigungsbestätigung zuschicken.
3. Sie senden uns den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der Kündigungsbestätigung im Freiumschlag, per E-Mail oder per Fax (0345 - 68266 - 29) zu.
4. Von der **BKK Henschel** erhalten Sie die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Wenn Sie vorher nicht selbst gesetzlich versichert waren, ist eine Kündigung nicht erforderlich. In diesem Fall senden Sie den Mitgliedsantrag direkt zu uns und schreiben dazu, welcher Grund zum Eintritt in die **BKK Henschel** vorliegt.

Sollten Familienmitglieder mitversichert werden füllen Sie bitte auch den **Familienversicherungsbogen** aus.

Alle weiteren Formalitäten rund um Ihre Mitgliedschaft erledigt die **BKK Henschel** für Sie.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja, ich werde Mitglied der BKK HENSCHEL Plus ab \_\_\_\_\_

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Frau  Herr

Name, Vorname	E-Mail
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Straße, Haus-Nr.	Einheitliche Krankenversicherungsnummer
PLZ, Wohnort	Wenn Sie noch keine Sozialversicherungsnummer haben, benötigen wir noch folgende Angaben:
Tel. privat	Geburtsort
Mobil	Geburtsname
Tel. geschäftlich	Staatsangehörigkeit
Familienstand	<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> getrennt lebend	
<input type="checkbox"/> verheiratet	
<input type="checkbox"/> verwitwet	

## ANGABEN FÜR DIE VERSICHERUNG BEI DER BKK HENSCHEL PLUS

<input type="checkbox"/> Ich bin Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Arbeitgeber verheiratet/verwandt*
<input type="checkbox"/> Ich übe eine selbstständige Tätigkeit aus*	<input type="checkbox"/> Ich bin Gesellschafter und/oder Geschäftsführer einer (Gesellschaftsform)
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Rentenanspruch gestellt*	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe eine/mehrere Rente/n*	
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Versorgungsbezüge (Betriebsrenten, Pensionen etc.)*	<input type="checkbox"/> Ich bin Student*
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Leistungen der Agentur für Arbeit*	<input type="checkbox"/> Ich habe mich von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen*
<input type="checkbox"/> Nach beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen eigene Ansprüche auf Beihilfe/Heilfürsorge bei Krankheit*	<input type="checkbox"/> Ich habe mich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen*
<input type="checkbox"/> Ich bin körper-/wehrdienst-/unfallgeschädigt*	<b>*Bitte die entsprechenden Unterlagen in Kopie beifügen!</b>

## ANGABEN ZUR VORVERSICHERUNG

Ich bin zurzeit  pflichtversichert  freiw. versichert  privat versichert  familienversichert  nicht versichert

Derzeitige Krankenkasse \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Kündigungsbestätigung der derzeitigen Krankenkasse  liegt bei  wird nachgereicht

Ich/Wir erhalte/n zurzeit Leistungen von oben genannter Krankenkasse

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

## FAMILIENVERSICHERUNG

Familienangehörige (Ehegatte, Kinder) sollen bei der BKK HENSCHEL Plus versichert werden. Bitte senden Sie mir einen Antrag.

## ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

Firmenname	Beschäftigt als
Straße, Nr.	Betriebsnummer (siehe letzte Sozialversicherungsmeldung)
PLZ, Ort	Tel.-Nummer
Beschäftigungsbeginn	ggf. Betriebsstätte

Ich interessiere mich für Ihre Versorgungsangebote und bin damit einverstanden, über diese Angebote schriftlich und/oder telefonisch von der BKK HENSCHEL Plus informiert zu werden. Ich erkläre meine Einwilligung, dass für die weiteren Informationen und Beratungen über die Versorgungsangebote der BKK HENSCHEL Plus meine Adressdaten und Telefonnummer von Ihnen an beauftragte Dienstleister weitergegeben werden dürfen; meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Angaben aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert werden, die BKK HENSCHEL Plus meine persönlichen Daten benötigt, um mich umfassend beraten und betreuen zu können, und die BKK HENSCHEL Plus zum Datenschutz verpflichtet ist. Ich verpflichte mich, unaufgefordert Veränderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen.

Datum, Unterschrift

Porto  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

**krankenkassennetz.de GmbH**  
Antragsservice BKK Henschel Plus  
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.**

