



Anschrift und Sitz
kranken Kassennetz.de GmbH
Waisenhausring 6
D-06108 Halle (Saale)

Geschäftsführer
Karsten Leidloff,
Jürgen Kunze

Kontakt Daten
Telefon : +49 (0)345 6826600
Telefax : +49 (0)345 6826629
E-mail : info@kranken Kassennetz.de
Website : www.kranken Kassennetz.de

Handelsregistereintrag
Amtsgericht Stendal, HRB 214944

Umsatzsteuer-ID
DE 235 828 638

Antrag auf Mitgliedschaft

Guten Tag,

vielen Dank für das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch kranken versichern. Dies ist bei der **BKK HENSCHEL Plus** unkompliziert möglich wenn du in Bayern, Hessen oder Niedersachsen wohnst oder studierst.

Sende einfach den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Mitgliedsantrag zusammen mit der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung und dem Mitteilungsschreiben deiner alten Krankenkasse über die Beendigung der Familienversicherung im Freiumschatz zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen (juergen.kunze@kranken Kassennetz.de).

Die **BKK HENSCHEL Plus** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

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*	*Bitte die entsprechenden Unterlagen in Kopie beifügen!

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.

