



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 Melitta Plus** ist für dich unkompliziert möglich. 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@krankenkassennetz.de).

Die **BKK Melitta Plus** 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

Meine Personalien und Anschrift:

Name, Vorname	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Straße	PLZ, Ort					
Geburtsdatum	Telefon* / Handy-Nr.*					
Rentenversicherungsnummer <input type="text"/>	E-Mail* <input type="text"/>					
wenn keine Rentenversicherungsnummer vorhanden:	Ggf. Geburtsname <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> bitte Sozialversicherungsausweis beantragen	Geburtsort <input type="text"/>		Staatsangehörigkeit <input type="text"/>			
Ihre Bankverbindung (für Erstattungen) IBAN <input type="text"/>	Kto.Nr. <input type="text"/>		BIC <input type="text"/>			
Ich bin bis zum Wechsel der Krankenkasse (Angaben für die letzten 18 Monate) Versichert bei:	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> im Rahmen einer Familienversicherung krankenversichert	<input type="checkbox"/> privat / nicht gesetzlich krankenversichert - bitte Bescheid beifügen -		
	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> Kündigung zum:	! WICHTIG: Bitte Kündigungsbestätigung beifügen			
Ich bin ab dem Wechsel der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Beschäftigte(r)	<input type="checkbox"/> Auszubildende(r)	<input type="checkbox"/> Student(in)	<input type="checkbox"/> Arbeitslose(r) - bitte Bescheid beifügen -	<input type="checkbox"/> Rentner(in)	
	<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)					
Ich befinde mich in Elternzeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheinigung beifügen				
Mein Ehegatte ist privatversichert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte letzte Jahresverdienstbescheinigung beifügen				
Ich bin Student(in) oder Meisterschüler(in)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> FH <input type="checkbox"/> Uni <input type="checkbox"/> Anzahl Fachsemester Meisterschule bis <input type="text"/>				
Ich habe einen Rentenantrag gestellt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
Ich beziehe eine Rente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Rentenbescheid beifügen				
Ich beziehe Versorgungsbezüge/Betriebsrenten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheide beifügen				
Ich bin von der Rentenversicherung oder von der Pflegeversicherung befreit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte jeweils Befreiungsbescheide beifügen				
Ich möchte Ehegatte / Kinder familienversichern	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Fragebogen "Aufnahme in die Familienversicherung" ausfüllen				

Einwilligung zur Datennutzung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich über eine BKK-Mitgliedschaft und die vielfältigen Serviceangebote der BKK informieren und beraten zu können, gerne auch per Telefon, Brief oder E-Mail. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin damit nicht einverstanden

Datenübermittlung an die Finanzverwaltung:

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK meine selbst gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie evtl. erfolgte Beitragserstattungen oder ausgeschüttete Prämienzahlungen der Finanzverwaltung meldet, damit diese Beträge steuerlich berücksichtigt werden können. Nach dem Bürgerentlastungsgesetz ist die BKK zur Meldung verpflichtet, soweit eine Einwilligung des Versicherten vorliegt. **Bitte beachten Sie, dass Ihnen steuerliche Nachteile entstehen können, wenn Sie der Datenübermittlung nicht zustimmen!**

ja, ich bin mit der Datenübermittlung einverstanden. Meine Steuer-Identifikationsnummer lautet:

Mein Arbeitgeber ab dem Wechsel der Krankenkasse:

Name	seit <input type="text"/>
Straße	Telefonnummer <input type="text"/>
PLZ, Ort	Ansprechpartner <input type="text"/>
Mein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt liegt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

➔ Ort, Datum

Unterschrift

 **Zusenden oder Faxen: 04731 9334-220**

Die Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch und weiterer rechtlicher Vorschriften (z.B. den jeweiligen Datenschutzgesetzen) erforderlich. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

 Ich wurde geworben von **krankenkassennetz.de GmbH**

ServiceCenter Minden
Marienstraße 122
32425 Minden

ServiceCenter Nordenham
Friedrich-Ebert-Straße 86
26954 Nordenham

ServiceCenter Bünde
Bahnhofstraße 8
32257 Bünde

BKKM⁺
Melitta Plus



Telefon: 04731 9334-126 • Fax: 04731 9334-220

mitgliedschaft@bkk-melitta.de • www.bkk-melitta-plus.de

Immer an meiner Seite

* freiwillige Angaben, ** Werber muss Mitglied oder Kooperationspartner sein. Nachträgliche Meldungen können nicht berücksichtigt bzw. vergütet werden.
angefordert KB angef. MB an AG Kopie Fam. BKK-Vermerk: fehlende



Prämie für Krankenkassenempfehlung 2016

Mit Beginn der Ausbildung benötigst du eine Krankenkasse. Wenn du den Eintritt in die BKK Melitta Plus über die krankenkassennetz.de GmbH vornimmst, erhältst du einen Gutschein in Höhe von 30 €.

Bedingung dafür ist, dass du das beiliegende Wechselformular im Rückumschlag, per Fax oder eingescannt per Mail an die krankenkassennetz.de GmbH zurücksendest und die eigene Mitgliedschaft (nicht Familienmitgliedschaft) im Jahr 2016 tatsächlich zustande kommt.

Ich möchte den folgenden Gutschein im Wert von 30 € erhalten.

Amazon-Gutschein



Name der Krankenkasse _____

Deine persönlichen Daten:

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

E-Mail _____

Datum _____

Unterschrift _____

Der Gutschein wird dir zugeschickt, wenn uns die Krankenkasse bestätigt hat, dass die Mitgliedschaft zustande gekommen ist.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK Melitta 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.

