



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 Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Um in die **BKK Scheufelen** 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 Scheufelen** 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 Scheufelen** vorliegt.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

--

Mitgliedschaftsbeginn:

Ja, ich möchte mich bei der BKK Scheufelen versichern

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ / Ort:	Familienstand:
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:
RV-Nummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
IBAN:	BIC:	Name der Bank/ ggf. abw. Kontoinhaber
Einzugsermächtigung für Beiträge? <input type="checkbox"/> Ja, das SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein	Angehörige kostenfrei mitversichern? <input type="checkbox"/> Ja (Rückseite ausfüllen) <input type="checkbox"/> Nein	Haben Sie Kinder? (Bitte Nachweis beilegen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum Versicherungsverhältnis: Bitte zutreffendes Feld ausfüllen

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in Beruf: wegen Höhe des Arbeitsentgelts: <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei – Beitragsabführung durch: <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Name des Arbeitgebers: Telefonnummer: Straße: PLZ / Ort: Betriebsnummer (wenn bekannt): Auszubildende/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Freiwillig Versicherte/r: selbstständig seit: <input type="checkbox"/> Ja, ich beantrage die freiwillige Versicherung (Bitte die Einkommenserklärung ausfüllen) Der Steuerbescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht Erhalten Sie einen Gründungszuschuss? <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Rentner/in o. Antragsteller/in Rentenart: Versorgungsbezüge: <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheid beifügen) <input type="checkbox"/> Nein Der Rentenbescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Arbeitsuchend Welche Leistung wird bezogen? seit (Bitte Leistungsbescheid beifügen): Kunden-Nummer (wenn bekannt): Ort des Leistungsträgers:	<input type="checkbox"/> Student/in an folgender Hoch-/Fachhochschule: Tag der Einschreibung? / Studium vorauss. bis: Fachsemester (Bitte Bescheinigung beifügen): Haben Sie Zivil- oder Wehrdienst geleistet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ich war in den letzten 18 Monaten vor Beginn der beantragten Mitgliedschaft:

<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert	von – bis:	Name und Ort der Krankenkasse:
<input type="checkbox"/> privat krankenversichert	von – bis:	Name und Ort der Krankenversicherung:
<input type="checkbox"/> als Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung ist beigefügt	<input type="checkbox"/> Kündigungsbestätigung wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> nicht krankenversichert	von – bis:	Grund (z.B. Auslandsaufenthalt):

Meine Empfehlung: Für die Empfehlung erhalten Sie 20,- € Werbepremie bei Zustandekommen des Mitgliedsantrages

Name / Vorname:	Anschrift:	Telefon*:
-----------------	------------	-----------

Ich bestätige hiermit, dass sich mein Wohn- oder Beschäftigungsort in Baden-Württemberg befindet.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

*Die Angaben sind freiwillig. Die persönlichen Angaben sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden auf Grund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträger gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK Scheufelen
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.

