



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 (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 Scheufelen** ist für dich unkompliziert möglich wenn du in Baden-Württemberg wohnst oder sich dein Ausbildungsbetrieb dort befindet. 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 ([juergen.kunze@krankenkassennetz.de](mailto:juergen.kunze@krankenkassennetz.de)).

Die **BKK Scheufelen** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte zu und informiert deinen Ausbildungsbetrieb.

Wenn du zusätzlich den angehängten Gutschein ausfüllst und zusammen mit dem Eintrittsformular an uns sendest, erhältst du als Dankeschön die Prämie. Bedingung ist, dass der Eintritt auch wirklich zustande kommt.

**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.

*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?<br><input type="checkbox"/> Ja, das SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt<br><input type="checkbox"/> Nein | Angehörige kostenfrei mitversichern?<br><input type="checkbox"/> Ja (Rückseite ausfüllen)<br><input type="checkbox"/> Nein | Haben Sie Kinder? (Bitte Nachweis beilegen)<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

### Angaben zum Versicherungsverhältnis: Bitte zutreffendes Feld ausfüllen

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

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

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>gesetzlich krankenversichert</b>                                    | von – bis:  | Name und Ort der Krankenkasse:  |
| <input type="checkbox"/> <b>privat krankenversichert</b>  | von – bis:  | Name und Ort der Krankenversicherung:                                   |
| <input type="checkbox"/> <b>als Mitglied</b> <input type="checkbox"/> <b>familienversichert</b> | <input type="checkbox"/> <b>Kündigungsbestätigung ist beigefügt</b> | <input type="checkbox"/> <b>Kündigungsbestätigung wird nachgereicht</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>nicht krankenversichert</b>   | 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.**

