



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 das entgegengebrachte Vertrauen.

Du warst bisher über deine Eltern familienversichert und musst dich jetzt studentisch krankenversichern. Dies ist bei der **BKK Scheufelen** unkompliziert möglich wenn du in Baden-Württemberg 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 Freiumschlag zu uns.

Alternativ kannst du uns den Antrag auch zufaxen (0345/68266-29) bzw. eingescannt zumailen ([info@krankenkassennetz.de](mailto:info@krankenkassennetz.de)).

Die **BKK Scheufelen** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

Makler-Nr.:KKI-06779

## Beitrittserklärung

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 i. V.m. § 775 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft nicht durchgeführt werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungspflichten Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/](http://www.bkk-scheufelen.de/ueber-uns/datenschutz/informationspflicht/) oder werden Ihnen auf Wunsch ausgedruckt. Bei Fragen wenden Sie sich an die BKK Scheufelen, Schillkopfstr. 65 in 72230 Kirchheim oder an unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter [datenschutz@bkk-scheufelen.de](mailto:datenschutz@bkk-scheufelen.de)

**1. Persönliche Angaben:** Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen! \* Freiwillige Angaben

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Straße und Nr.:	PLZ und Ort:	Familienstand:	
Telefon*:	Handy*:	E-Mail*:	
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsname, Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Für eventuelle Erstattungen IBAN: _____		Für eventuelle Erstattungen BIC: _____	
Ich bin Mutter / Vater eines / mehrerer Kindes/r: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Steuer-ID: _____	

**2. Beginn der Mitgliedschaft:** Bitte zutreffendes Feld ausfüllen bzw. ankreuzen!

**Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen zum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Sollen Familienangehörige kostenfrei mitversichert werden?  Ja, der Antrag liegt bei  Ja, bitte Antrag zusenden  Nein

**3. Angaben zum Versicherungsverhältnis:** Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

**Arbeitnehmer/in**

Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Kontaktdaten der Personalstelle des Arbeitgebers: Tel.: _____ Fax: _____ Betriebsnummer: (wenn bekannt) _____
Meine Tätigkeit ist: <input type="checkbox"/> ein Minijob (bis 450,-€) <input type="checkbox"/> krankenversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> krankenversicherungsfrei (wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze)	Beitragsabführung durch (nur wenn krankenversicherungsfrei) <input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer
Ausbildung <input type="checkbox"/> FSJ <input type="checkbox"/>	

**Freiwillig Versicherte/r – Bitte zusätzlich die „Anlage zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung“ ausfüllen!**

Tätigkeit als:  Selbstständige/r  Beamte/r  Hausfrau/-mann bzw. nicht berufstätig  
 Freiwillige/r Rentner/in (Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt)  .....

**Student/in oder Schüler/in – Bitte Immatrikulations- bzw. Schulbescheinigung beifügen!**

Tag der Einschreibung / Anmeldung:	Name und Anschrift der Hochschule / Uni / Schule:
<input type="checkbox"/> Ich bin Schüler/in und beende meine Schule vorauss. am: _____	

**Rentner/in oder Rentenantragssteller/in – Bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen!**

Ich beziehe folgende gesetzliche Rente(n):	Name des / der Rentenversicherungsträger(s):
Datum der Antragstellung:	Ich erhalte Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente): <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte Bescheid beifügen)

**Arbeitssuchende/r – Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!**

Ich beziehe folgende Leistung: <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld 1 <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld 2	Ich beziehe die Leistung seit dem:
Kundennummer (wenn bekannt):	Ort des Leistungsträgers:

**4. Angaben zur letzten Versicherung:** Bitte zutreffende Felder ausfüllen bzw. ankreuzen!

Unmittelbar vor meiner Mitgliedschaft bei der BKK Scheufelen war ich:

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse  familienversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse  privat versichert  
 zugezogen aus dem Ausland

von – bis: ..... bei: (Name der Krankenkasse) .....

**5. Ort, Datum, Unterschrift:** Bitte ausfüllen!

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

.....

Ort, Datum Unterschrift

Bitte SEPA-Lastschriftmandat einreichen!

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 in den Umschlag legen
- (4) und portofrei an die krankenkassennetz.de GmbH senden

**Alle weiteren Formalitäten übernehmen wir für Sie.**

