



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 (Azubis)

Guten Tag,

vielen Dank für dein entgegengebrachtes Vertrauen.

mit Ausbildungsbeginn endet deine Familienversicherung und du musst dich selbst kranken versichern.

Die Mitgliedschaft bei der **BKK SBH** 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 (info@kranken Kassennetz.de).

Die **BKK SBH** 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.

Jürgen Kunze
Geschäftsführer

ICH WERDE MITGLIED DER BKK SBH

Mitgliedschaftsbeginn
2 0

Pflichtmitglied
 freiwilliges Mitglied

Sozialversicherungsnummer (bitte unbedingt angeben)

Persönliche Angaben

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen* <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich	
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail-Adresse*	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Sollen Angehörige beitragsfrei mitversichert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Anlagen ausfüllen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsname	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	

PASSBILD

für die Gesundheitskarte

- Anforderungen für eine optimale Bildqualität:
- Farb- oder SW-Foto in Passbildgröße (35 x 45 mm)
 - Möglichst rahmenloses Bild ohne Farbstich
 - Die Person muss eindeutig zu erkennen sein
 - Gesicht sollte vollflächig und frontal abgebildet sein

Angaben zur Versicherung der letzten 5 Jahre

meine bisherige Krankenkasse/Ort	Versicherungsart <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privatversichert
Versicherungszeit vom bis	

Bitte fügen Sie die Kündigungsbestätigung bei oder reichen Sie diese nach!

Arbeitnehmer/-in

Name des Arbeitgebers
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
Betriebsnummer / Ansprechpartner im Betrieb
Beginn der Beschäftigung
Tätigkeit
beschäftigt als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r

Selbständig

Ich erziele Arbeitseinkommen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab/seit:	
Art der Tätigkeit / Gesellschaftsform	
Dauer der Tätigkeit Std./Woche	Arbeitseinkommen im Durchschnitt €/Monat

Selbständige:

Bitte Einkommensteuerbescheid beifügen.

Arbeitnehmer:

Die 8-stellige Betriebsnummer bitte angeben, sofern bekannt.

Rentner/-in, Rentenantragsteller/-in

Rentenart	Rentenzeichen
Rentenversicherungsträger	

Rentner:

Bitte Bescheid(e) über in- und ggf. ausländische Renten / Versorgungsbezüge beifügen.

Student/-in

an folgender Hoch-/Fachhochschule	
voraussichtlich bis	Ich bin in folgendem Fachsemester

Studenten:

Bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

Arbeitslos

ab/seit
Kundennummer
Name des Leistungsträgers
Anschrift/Ort des Leistungsträgers

Arbeitslose:

Bitte Leistungsbescheid beifügen.

Befreiung von der Versicherungspflicht

Ich habe mich von der Versicherungspflicht befreien lassen	
<input type="checkbox"/> zur Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> zur Pflegeversicherung	
<input type="checkbox"/> zur Rentenversicherung	

Befreiung:

Bitte Befreiungsbescheid beifügen.

Einwilligungen

<input type="checkbox"/> Ja, ich bin damit einverstanden, dass die BKK SBH meine geleisteten / erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Finanzverwaltung übermittelt. Sofern die Steuer-ID nicht angegeben wird, darf sie die BKK SBH auf elektronischem Wege beim Bundeszentralamt für Steuern anfordern. Steuer-ID
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin damit einverstanden, dass mich die BKK SBH schriftlich (auch per E-Mail) und telefonisch berät und informiert. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Bankverbindung* (für evtl. Auszahlungen an Sie)

Geldinstitut		
IBAN	(BLZ)	(Kontonummer)
D E		

Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch

- Internet: www.bkk-sbh.de
 Postwurfsendung
 Vermittler:

krankenkassennetz.de

Unterschrift

Ort, Datum
Unterschrift

Ihr Mitglied (Prämie für):

Name

KV-Nr.

Die Daten sind zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der BKK erforderlich. Sie werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches erhoben (§ 284 SGB V, § 93 SGB XI i. V. m. §§ 67 ff. SGB X) und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I). * = freiwillige Angaben! Hinweis: Grundsätzlich beginnt mit der BKK-Krankenversicherung auch der Versicherungsschutz in der BKK-Pflegeversicherung.

Alle Vorteile und Infos unter
www.bkk-sbh.de

Meine Region
Meine Krankenkasse
100% Leistung in
Ihrer Nähe



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

krankenkassennetz.de GmbH
Antragsservice BKK SBH
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.

