



Anschrift und Sitz  
kranken Kassennetz.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@kranken Kassennetz.de](mailto:info@kranken Kassennetz.de)  
Website : [www.kranken Kassennetz.de](http://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](mailto: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  
 Arbeitnehmer/-in  Auszubildende/-r

## Selbständig

Ich erziele Arbeitseinkommen  
 nein  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.

**Arbeitslose:**  
Bitte Leistungsbescheid beifügen.

## Arbeitslos

ab/seit \_\_\_\_\_

Kundennummer \_\_\_\_\_

Name des Leistungsträgers \_\_\_\_\_

Anschrift/Ort des Leistungsträgers \_\_\_\_\_

## Befreiung von der Versicherungspflicht

Ich habe mich von der Versicherungspflicht befreien lassen  
 zur Krankenversicherung  
 zur Pflegeversicherung  
 zur Rentenversicherung

**Befreiung:**  
Bitte Befreiungsbescheid beifügen.

## Einwilligungen

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 \_\_\_\_\_

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](http://www.bkk-sbh.de)  
 Postwurfsendung  
 Vermittler:

[krankenkassennetz.de](http://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.



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.**

