



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 SBH** 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 Freiumschatz 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 SBH** sendet dir anschließend die Mitgliedsbescheinigung und die Chipkarte.

Mit freundlichen Grüßen

*Jürgen Kunze*  
Geschäftsführer

# MEINE VERSICHERUNG ALS **STUDENT/PRAKTIKANT**

Mitgliedschaftsbeginn

• Sozialversicherungsnummer

## Persönliche Angaben

Name		Vorname	
derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		telefonisch tagsüber zu erreichen*	
Postleitzahl	Wohnort	E-Mail-Adresse*	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		Ich habe Kinder (Beitragsermäßigung Pflegevers.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Geburtsurkunde anbei)	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsname	
Geburtsort	Staatsangehörigkeit		

Wenn • (Sozialversicherungsnummer) noch nicht vergeben wurde, bitte zusätzlich Geburtsinformationen angeben.

## 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 _____	

## Studium

an folgender Hoch-/Fachhochschule

Studienbeginn \_\_\_\_\_ voraussichtliches Ende \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anzahl der bisherigen Fachsemester:  Bitte eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

## Befreiung von der Krankenversicherung

Beginn der Befreiung (ggf. auch Befreiung in der Vergangenheit)  
ab dem \_\_\_\_\_

Grund der Befreiung \_\_\_\_\_

**Studenten:**  
Bitte eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen.

## Beschäftigung/Praktikum

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Dauer der Beschäftigung/des Praktikums  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Std./Woche    monatliches Bruttoentgelt \_\_\_\_\_ €

Ich bin während der Beschäftigung an einer Hochschule eingeschrieben  
 ja (bitte ergänzen Sie auch das Feld für Studenten)  
 nein, die Aufnahme des Studiums ist vorgesehen an folgender Hoch-/Fachhochschule: \_\_\_\_\_

## Verlängerungsmöglichkeiten

Wehr- oder Zivildienst wurde abgeleistet  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

folgender Dienst wurde geleistet (Bescheinigung liegt bei)  
 Zivildienst     Wehrdienst     Zeitsoldat

Unterbrechung des Studiums  
vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Unterbrechungsgrund  
 Krankheit     Behinderung     Schwangerschaft

**Verlängerung:**  
Zur Verlängerung der studentischen Krankenversicherung legen Sie entsprechende Bescheinigungen bei.

## Beitragszahlung

Zahlung der monatlichen Beiträge

Ich zahle meinen Semesterbeitrag im Voraus. Den Beitrag für das folgende Semester habe ich bereits überwiesen.

Ich beantrage die monatliche Zahlungsweise und bitte um Abbuchung (SEPA-Lastschriftmandat im Original erforderlich).

## Steuern sparen: Beiträge zur BKK SBH steuerlich abzugsfähig (bitte unbedingt angeben)

Hiermit willige ich ein, 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

Ort, Datum

Unterschrift  


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.**

